CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IV CONGRESO NACIONAL «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO», Octubre 1990

P. GUILLEN:	«Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo»
P. I. de TOMAS:	«Conferencia inaugural: Introducción al tema del Congreso»
D. BÜRGIN:	«Latencia: ¿consolidación o desarrollo?»
E. TORRAS:	«Diferenciación del trastorno neurótico del niño».

* * *

MESA REDONDA: «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO»

N.º 9 1990

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IV CONGRESO NACIONAL «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO», Octubre 1990

P. GUILLEN:	«Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo»	**5**
P. I. de TOMAS:	«Conferencia inaugural: Introducción al tema del Congreso»	**13**
D. BÜRGIN:	«Latencia: ¿consolidación o desarrollo?»	**21**
E. TORRAS:	«Diferenciación del trastorno neurótico del niño».	**45**

* * *

MESA REDONDA: «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO» **91**

N.º 9 1990

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
Mª del Valle Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:
Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:
Marián Fernández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:
Marián Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

«SEMBLANZA BIOGRAFICA DE LA DRA. JESUSA PERTEJO»
Octubre 1990
(P. Guillén)

Señoras y Señores:

Quiero ante todo felicitar a la «Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente» por ofrecer este merecidísimo homenaje a la Dra. Jesusa Pertejo, y también por hacerlo aquí, en Valencia, lugar donde, a mi juicio, ella pudo mejor desarrollar su máxima fecundidad, tanto en un sentido literal como metafórico.

Quiero también agradecer a SEPYPNA, y en particular al responsable del Congreso Dr. Ricardo Sanz por concederme a mí personalmente el honor de ser el portavoz de este homenaje. Creo que este ofrecimiento se basa en los lazos antiguos de amistad y de profunda gratitud que me unen a Jesusa.

Jesusa Pertejo es médico, psicólogo, maestra, pedagogo-terapeuta, psiquiatra y psicoanalista.

El ámbito en que ha impartido su docencia universitaria es el de la Psicología y la Psiquiatría y abarca diversidad de áreas profesionales:

– El área de los «trabajadores sociales»: fue profesora de la Escuela Diocesana de Asistentes Sociales de Valencia en el período de 1956 a 1968.

– En la Sección de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Letras, donde estuvo como profesora ayudante entre 1964 y 1969.

– El área de la Medicina: en la Cátedra de Psiquiatría de Madrid (Hospital de San Carlos), Cátedra de Psiquiatría de Valencia y licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

– Psicología: Universidad Complutense de Madrid y en la Sección de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid entre 1970 y 1985.

– Filosofía: Facultad de Filosofía de la Universidad Autónoma de Madrid.

– Enfermería: Escuela de enfermeras del Gran Hospital de Madrid, entre 1973 y 1976.

Su *vocación* por la Psiquiatría fue temprana. Siendo ella estudiante de Medicina en Salamanca, la Psiquiatría no figuraba como asignatura en los planes de estudios, con lo cual, durante los tres últimos años de su carrera, entre 1943 y 1946, realizó prácticas regulares en el Manicomio Provincial de Salamanca, aplicando a los pacientes una batería de tests psicológicos (de inteligencia, proyectivos y gráficos) y clasificándolos según los criterios de Leonhardt.

Mas tarde inició su formación de postgraduada en la Escuela de Valdecilla de Santander, con el profesor Aldama Truchuelo, trasladándose, dos años después a Barcelona, único lugar de España donde estaba, en aquel entonces, institucionalizada la Psiquiatría Infantil (Profesor Moragas, Dr. Folch Camarasa y Dr. Soler Legarra).

Posteriormente fue a Madrid, donde a petición del Profesor Vallejo Nájera creó, en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina el primer Servicio de Psiquiatría y de Psicología infantil en el Hospital de San Carlos. Simultáneamente trabajó en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Departamento de Psicología Experimental del Instituto «Luis Vives», que dirigía por entonces el Profesor Germain). Allí, a la vez que impartía Seminarios de Tests proyectivos y gráficos, abrió un gabinete de Psicoterapia Infantil.

En Suiza, en Bélgica y en Francia, como becaria del C.S.I.C., completó su formación en Psicología clínica, Psiquiatría infantil, Pedagogía terapéutica y Psicoanálisis. A su regreso, en 1956, trabajó en el Servicio del Profesor Alberca en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia, ocupando un puesto primero en el Servicio de Psicología Clínica y Psiquiatría Infantil y luego en el Centro de Orientación Terapéutica y Diagnóstico de dicha Cátedra.

Su tesis doctoral se centró sobre un tema que estaba a caballo entre la Psicología y la Psiquiatría infantil: «Adaptación de la Escala métrica de Oseretzki para medir la deficiencia mental».

Con ocasión de llevar una comunicación al Congreso Mundial de Psiquiatría, que se celebraba en Paris en 1950, ella y el Dr. Soler Segarra se lanzaron en Barcelona a crear una Sociedad Nacional de Psiquiatría infantil, ya que sin el apoyo de ésta no podían tener acceso al Congreso. Con ayuda de profesores de Psiquiatría (profesor Jarró), de Pediatría y de Jefes de Servicios, consiguieron reunir 8 a 10 miembros creándose así la primera Asociación Nacional de Neuropsiquiatría infantil. Jesusa es también miembro fundador de otras Sociedades, tales como la del Estudio Científico del Retraso Mental, de la que es presidente de honor; la de los Tests Proyectivos y Gráficos; la Sociedad Española de Psicoanálisis y la Asociación Psicoanalítica de Madrid, de la que, a su vez, es Miembro de Honor.

Pero lo que más llama la atención de la Dra. Pertejo es su actividad pionera y su vanguardismo, que se traduce en su afán de cubrir necesidades allí donde se hacen sentir en diversas áreas de la Psicología y de la Psiquiatría, de acuerdo con su formación.

Así, a su llegada a Valencia, en 1956, procedente de Suiza, detectó que no existía ningún Centro de Educación de deficientes mentales en toda la Comunidad. Creó pues uno en régimen de internado, impulsando asimismo la creación de otros y alentando la fundación de Asociaciones de padres de deficientes mentales. No en vano había formado parte de los equipos multiprofesionales de la Escuela de padres de Ginebra. El colegio que ella creara se continúa en una prolongación de Centro Ocupacional, ambos en régimen de semipensión y con una población que acoge a cerca de un centenar de alumnos en escolarización y de adultos que realizan tareas de talleres y trabajo.

Jesusa sigue supervisando estos Centros, y en ellos sigue investigando.

Para impulsar la sensibilización hacia la Psicología en sus diversas áreas (Pedagógica, Clínica e Industrial), aprovechó la Dra. Pertejo en 1969, cuando fue encargada de la organización de la XIIIª Reunión de la Sociedad Española de Psicología, para reunir en diferentes ambientes a los asistentes a dicho Encuentro, dando amplia acogida a los estudiantes de Pedagogía que ya clamaban por tener una Sección de Psicología en Valencia. Los congresistas, venidos de toda España, realizaron sus sesiones en la Facultad de Medicina, en la de Pedagogía y también en altos Hornos de Sagunto, favoreciendo así la Psicología Industrial.

Posteriormente, trasladada a Madrid, organizó la Sección de Psicología en la recién creada Universidad Autónoma de Madrid, donde ejerció su trabajo docente hasta su jubilación en 1985. En los planes de estudio tenían cabida la Psicomotricidad y la Psicología dinámica y sus alumnos encabezaron publicaciones hechas con ella sobre Estimulación precoz en los ciegos, propiciando la creación de las Asociaciones de padres de los deficientes visuales y ensayando modelos útiles para aplicar en las Escuelas de padres, así como el análisis y mejora de las redes de atención y apoyo a personas que tienen una necesidad especial motivada por una deficiencia.

Hoy en día, Jesusa continúa dando muestras de su extraordinaria vitalidad y de su inquietud por los temas más actuales: se ocupa de adaptar y de generalizar la aplicación de las principales escalas de Clasificación Internacional de los trastornos

mentales con el fin de homogeneizar la terminología a nivel de estadísticas y de diagnóstico entre los diversos países.

Señoras y Señores: una vez trazada la impresionante trayectoria de una brillante carrera profesional, yo quisiera añadir algunas notas más personales y que inciden en lo que les comentaba al principio respecto al acierto de elegir la ciudad de Valencia como sede de este homenaje.

Conocí a Jesusa en 1959, cuando en 4º de mi carrera, ya orientado, aunque todavía de manera muy vaga, mi interés hacia la Psiquiatría, un amigo me aconsejó asistir, en las viejas aulas del antiguo Hospital Clínico a un curso que impartía la Dra. Pertejo. Aquella fue la primera ocasión en que, en un escenario oficial y universitario, oí hablar de Freud y del Psicoanálisis. Situación harto insólita en aquellos tiempos, un poco menos, aunque no mucho, en los nuestros.

Comprenderán ustedes que, aún hoy en día, me resulte complejo expresar con palabras los sentimientos que rodean el recuerdo de un acontecimiento que indudablemente marcó de manera decisiva la elección de mi futuro profesional. Tuve la suerte, de integrarme en un grupo de compañeros que, bajo la dirección y consejo de Jesusa inició la exploración y la lectura del pensamiento de Freud y de las pocas obras de otros psicoanalistas que en aquel entonces llegaban a nuestro país. Posteriormente, una vez terminada nuestra carrera y siempre bajo el acertado consejo de Jesusa, muchos de nosotros decidimos emigrar para iniciar nuestra formación en Psiquiatría y Psicoanálisis. Yo quiero decir aquí, hoy, que si en Valencia hoy en día existe una corriente cada vez más nítida e importante de psi-

coanalistas y de psicoterapeutas, ello se debe indudablemente en su origen a la actividad, al pensamiento y a la generosidad de la Dra. Jesusa Pertejo. Y aunque en estas palabras finales yo haya tenido que utilizar para expresarme la primera persona, sigo sintiéndome el portavoz de un amplio grupo de compañeros y amigos a los que, entre otras cosas, nos une la imborrable deuda de gratitud hacia la Dra. Pertejo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

CONFERENCIA INAUGURAL

Por Pola I. de Tomás

A modo de introducción al tema de la Neurosis Infantil he cogido un texto de Freud escrito y publicado en la primera década del año 1900: «El análisis de la fobia de un niño de 5 años» conocido habitualmente como el caso «Juanito» por tratarse del primer historial clínico infantil de abordaje psicoanalítico.

Mi propósito aquí no es comentarlo detalladamente –eso ya lo han hecho muchos autores y además esa tarea nos alejaría de lo que se supone que debe ser una introducción– pero sí me interesaría compartir con vosotros algunas reflexiones que este historial ha despertado en mí. Cada vez que lo leo me surge algo diferente, quizás no pensado de la misma forma antes, lo cual es indicador de hasta qué punto este caso es algo vivo y vigente que puede seguir despertando en su lector no sólo ideas nuevas sino también nuevas emociones. Hablo entonces desde el aquí y ahora de estas nuevas reflexiones.

Para ello, ubiquémonos un instante en la forma más habitual de considerar al niño y a todo lo relacionado con la infancia a fines del siglo pasado y a principios de éste, época en la que le tocó vivir a Freud. Vivía entonces el niño en un ambiente donde la diferencia entre infancia y edad adulta era concebida como una diferencia de clase en la que los adultos ejercían el poder que su supuesta superioridad e independencia les otorgaba y donde los niños, pequeños seres tan necesitados y dependientes de su cuidado, esperaban su turno para convertirse a su vez en mayores, esa edad tan altamente idealizada desde la infancia.

¿Cuántos niños habrán formulado esa conocida frase?: «Cuando seamos grandes», mezcla de deseo de seguir creciendo tal como nos impulsa la evolución de la vida misma pero también con el anhelo de llegar al momento del ajuste de cuentas y de las venganzas infantiles durante tanto tiempo fantaseadas. El niño se sabe poderoso en su mente y se refugia en su mundo de fantasía en la que dominado, por la omnipotencia de su pensamiento, puede librar victorioso mil batallas contra los «malos», pero en la realidad objetiva poco puede hacer contra los adultos de los que depende. Al mismo tiempo, y siempre durante la infancia, le toca enfrentar su mundo interno de pulsiones y objetos en el que la lucha dialéctica se libra siempre entre polos opuestos; pulsiones de vida y muerte, y objetos persecutorios e idealizados, manejados por un Yo en pleno proceso evolutivo que tendrá que atravesar más de una crisis de crecimiento, de aquí que, de esta contínua contraposición –mundo externo y mundo interno con sus tres instancias ello, Yo y Super Yo–, pueda surgir la salud, la neurosis o la psicosis.

En esa misma época, los niños en general no eran considerados como personas, como existiendo per se, sino como un proyecto de persona a llegar a ser, de ahí que no se les concediese voz propia; pero, como siempre, existen las excepciones y la voz angustiada de Juanito fue escuchada por sus padres primero y por Freud después. Aunque, para ser rigurosa con la verdad, es necesario aclarar que ni antes ni ahora el lenguaje infantil ha resultado fácil de ser comprendido en su totalidad y resulta aún más difícil de entender cuando es el inconsciente el que se expresa con su código simbólico.

Pero Freud escribe y publica el caso Juanito, considerado por muchos como el más bello de sus historiales clínicos, y con su genio se adentra en la difícil interpretación del enigma del lenguaje de la neurosis infantil y abre un camino que fue continuado por su propia hija Ana, por Melanie Klein, por Winnicott, por muchos, entre los cuales también se encuentran los ponentes hoy aquí reunidos.

En el «Diccionario del psicoanálisis» de Laplanche y Pontalis, al definir el término neurosis dice: Afección psicógena cuyos síntomas son expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene raíces en la historia infantil del sujeto y constituye compromisos entre el deseo y la defensa.

A esta concreta definición teórica se la puede ubicar en la infancia y dar vida y calor describiendo esta dinámica a través de un caso clínico, tal como lo hace Freud en el caso Juanito. Es este historial la primera exposición escrita del tratamiento de una neurosis infantil por el método psicoanalítico llevado a cabo de un modo particular, a través de las interpretaciones que, en forma de aclaraciones, iba dando Freud al padre de Juanito, quién pasó a convertirse en el intermediario que vinculaba a su hijo con el sabio profesor y que eran formuladas tomando en cuenta lo que el niño hablaba y dibujaba. Por todo esto no puede actualmente ser tomado este historial como un modelo de manejo técnico y de encuadre a seguir en el tratamiento de la neurosis infantil, ya que éste intenta ser llevado a cabo a través de la relación personal e íntima de terapeuta y paciente, tal como ocurre en el tratamiento de adultos, pero sí sigue y seguirá siendo un modelo magistral de comprensión e interpretación de la neurosis infantil y de su conflicto central, el complejo de Edipo, en una de sus manifestaciones psicopatológicas más comúnes: *la fobia.*

Patología ésta que, en sí misma, no presenta la gravedad de un trastorno psicótico o prepsicótico, pero que sí puede, dado el montante de angustia que desencadena, llegar a inhabilitar parcial o totalmente a un niño, quedando éste atrapado en sus incomprensibles miedos o terrores infantiles. Este historial es también un modelo conmovedor del genio de un hombre puesto al servicio del sufrimiento infantil (quisiera recalcar lo del sufrimiento infantil porque a veces los adultos no lo sabemos ver) y al servicio de un padre preocupado que reconoce no poder ayudar a su pequeño hijo en el seno de la familia y decide acudir a consultar al que había sido el médico de su mujer.

Esta relación que se crea entre el padre y el profesor creo que puede ser considerada como el primer ejemplo de lo que, más tarde, algunos psicoanalistas llamarían *alianza terapéutica* y que, en el tratamiento infantil, de no establecerse entre el progenitor y el terapeuta, será imposible que llegue a mantenerse y a consolidarse entre el terapeuta y su pequeño paciente.

Otro autor posterior a Freud, Winnicott, al referirse a su propia técnica psicoterapéutica de los Squiggles, mal traducido al castellano por «garabatos» escribe: «Efectivamente, partiendo de los dibujos de los niños y de nuestros dibujos en común podemos hacer nacer el caso a la vida» y es ésta última frase, «hacer nacer el caso a la vida» la que quiero destacar ahora, ya que es la que mejor señala uno de los valores del caso Juanito. Este caso de neurosis no es una fría e impersonal historia clínica sobre la psicopatología de un niño que tenía un miedo incontrolable y consciente inexplicable a un caballo. Tiene forma de historial clínico pero es una historia viva y apasionante que despierta en mí la imaginación más allá de lo escrito y de lo que sabemos pero que sin embargo podemos suponer e intuir.

Si se me concede ahora la licencia de hacer un ejercicio de imaginación, imagino que por algo llamó Freud a este niño Juanito y no Juan. Resulta evidente que el diminutivo de este nombre propio indica que se trata de un niño, de 5 años en esta ocasión; imagino que Juanito en diminutivo puede expresar no sólo tamaño y edad sino también simpatía e interés por parte de Freud hacia su pequeño paciente. Freud mira a este niño, al que sólo viera una vez, no sólo con agudo espíritu científico sino también con la empatía propia de alguien que pudo sentirse querido en su infancia pero no por ello consiguió evitar sentir angustias y frustraciones. Sólo así se puede lograr hacer una identificación con el niño, básica para poder comprenderlo.

Pero a veces la defensa contra la angustia puede llegar a ser tan intensa que, para lograrla, es necesario enmudecer para

siempre la revivencia de lo infantil, y entonces el mundo infantil puede aparecer como algo ajeno y rechazable.

Imagino que Freud debió de ser alguien que logró no ahogar completamente dentro de sí mismo a ese niño que ya no somos pero que fuimos y que perdura con muchas de sus características en el fondo del inconsciente humano. Quizás por eso pudo tener tanta visión a la hora de dirigir su mirada al mundo infantil, tal como lo vemos a lo largo de su obra, no sólo a través del caso Juanito sino cada vez que enfoca directamente al niño y a sus modos de expresión y a su conflictiva.

Freud primero llegó al niño desde el adulto, como ya sabemos, y finalmente lo hizo desde el niño mismo. Algunos autores de la escuela kleiniana, así como hablan de la parte neurótica y de la parte psicótica de la personalidad, nos hablan también de la parte infantil y de la parte adulta. Pero, sin necesidad de recurrir al psicoanálisis y dentro de nuestro lenguaje coloquial, se hace a veces referencia a que un adulto parece un niño o se comporta como un niño, dándosele a esta afirmación una connotación positiva o negativa según el caso.

Por otra parte, sabemos que el que reprime totalmente al niño dentro de sí mismo no llegará nunca a ser un buen terapeuta infantil, por eso los terapeutas, cuando nos sometemos a un psicoanálisis personal, volvemos a revivir, a través de la regresión y del fenómeno de la transferencia, nuestra propia infancia con toda su riqueza y potencial creador pero también con todos sus sufrimientos.

Y para terminar, unas últimas palabras sobre un tema que nos compete y que es de la responsabilidad de todos.

Hoy en día, en los programas de salud mental infantil elaborados en este país, abundan las referencias a prevenir la enfermedad mental y es evidente que todos estamos de acuerdo con ésto y también lo estamos con el hecho de que la prevención

en sí misma puede tener un importante valor terapéutico. Pero pienso que no se da el mismo lugar al abordaje psicoterapéutico en los muchos casos en los cuales la prevención puede haber fracasado o simplemente no haberse realizado y una psicoterapia hecha a tiempo puede ser la adecuada prevención para un mejor funcionamiento adulto.

Para avalar esta opinión quisiera volver al caso Juanito y leer al mismo Freud cuando, al escribir el apéndice a esta obra nos dice:

> «Hace unos cuantos meses, en la primavera de 1922 se me presentó un joven declarando ser aquel Juanito cuya neurosis infantil había yo descrito en 1909. Su visita me satisfizo mucho, pues dos años después del análisis le había perdido de vista y en más de un decenio no había sabido nada de él. La publicación de este primer análisis de un niño había despertado gran interés y aún más indignación, profetizándose a la pobre criatura toda clase de desdichas por haber sido despojado de su inocencia en edad tan temprana y víctima de un psicoanálisis. Pero ninguno de estos temores se ha cumplido. Juanito es ahora un apuesto muchacho de 19 años, afirmaba encontrarse muy bien y no padecer trastornos ni inhibiciones de ningún género. No sólo había atravesado la pubertad sin daño alguno sino que había resistido una de las más duras pruebas a las que podía ser sometida su vida sentimental. Sus padres se habían divorciado «–como recordaréis el nódulo, de la neurosis estaba en la conflictiva edípica, la relación con los padres, la exclusión, los celos y la envidia frente al nacimiento de la hermanita–. Continúa: «y habían contraído cada uno por su lado nuevas nupcias. Juanito vivía solo, pero en buenas relaciones con ambos y sólo lamentaba que la disolución de la familia le hubiera separado de su hermana menor a la que quería mucho»

Y volviendo a nuestros días, quisiera llamar la atención sobre el aumento de la demanda de ayuda de niños que padecen

de una neurosis o psicosis y que muchas veces no pueden ser tratados o simplemente atendidos. No desconozco que buscar soluciones para las mismas es tarea harto difícil y compleja. Pero yo, en mi condición de psicoanalista de niños, me siento en la obligación de alertar sobre el tema con el ánimo de que esta demanda que surge del sufrimiento infantil y de la impotencia de los padres, no sea reprimida.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

LATENCIA: CONSOLIDACION O DESARROLLO

Por Dieter Bürgin

La fase de latencia, claramente dependiente de muchos factores culturales y sociales, aparece al final de un período de crecimiento. Esta frase sigue a la primera floración de la configuración edípica, es decir, la tentativa de resolver de una vez por todas una relación triangular al final de la primera infancia.

Hay diferentes razones para la disolución del complejo de Edipo: Por ejemplo, que estaría condicionada por la herencia; o que sería la consecuencia de una imposibilidad interna de realizarlo y por tanto el niño acabaría abandonando su apasionada languidez sin esperanza; o que sería debida a la angustia de castración, que destruiría la organización fálica con la represión de las pulsiones respectivas (Freud, S., 1924; Smirnoff, V., 1971).

Una primera etapa del desarrollo de gran importancia concluye. En apariencia, *la carga pulsional del Yo disminuye.* El desarrollo de la sexualidad humana y sobre todo la elección del objeto viene caracterizado por dos brotes principales con una fase de latencia en medio. Los resultados de la elección del objeto infantil se extienden hasta la adolescencia donde hay que revisar esto a fondo (Freud, S., 1905). La pubertad no es, por tanto, la primera sino la segunda floración de la genitalidad y aparece tras la madurez del cuerpo y su fisiología.

No hay cortapisas biológicas para abordar la fase de latencia. Latencia es una cierta duración de tiempo y también un es-

tado funcional de la organización del Yo, que sirve a propósitos defensivos. El contenido y la estructura de este estado funcional están influidos por hechos inherentes a la misma persona y por factores culturales y sociales. La aculturación del individuo se produce en buena parte en este tiempo (Sarnoff, Ch., 1976).

A la edad de cuatro a cinco años se instala progresivamente una restricción de las pulsiones perverso-polimorfas antes de que las satisfacciones infantiles se abandonen y que el inicio de la fase de latencia se haya manifestado, se observa a menudo una especie de presión para expresar palabras y gestos sexualizados. Unicamente la supresión de estas fantasías y actos sexuales condensados en palabras, marca el verdadero principio de la latencia, fase en la cual las fuerzas psíquicas contra la sexualidad infantil como el desagrado, el asco, la vergüenza y la moral se ven activadas y los intereses del niño se centran en los esfuerzos culturales.

Una vez que la atención se retira de estas concepciones verbales e imaginarias, estos elementos suprimidos quedan a un nivel muy elemental y no pueden desarrollarse como las otras partes psíquicas. Por medio de un bloqueo de las ramificaciones asociativas se convierten en cuerpos extraños en la vida mental, sin crecimiento orgánico y sin desarrollo posible (Por ejemplo, fantasmas del pene pequeño, de la vagina pequeña, del pecho abundante). Por todo ello, la fase de latencia tiene un efecto inhibidor aislado, que favorece la amnesia infantil como agente protector contra los conflictos del pasado. Para preservar la represión de estos fantasmas sexuales la actividad fantasmática consciente, es decir, la imaginación voluntaria de escenas, actos o palabras que podrían causar asociaciones con el contenido reprimido, debe evitarse, lo que puede tener como consecuencia trastornos de aprendizaje.

El mismo objeto parece tener la defensa contra la masturbación que, aunque nunca completa, garantiza al Yo una cierta protección. A menudo la relación entre la masturbación y el es-

cenario fantasmático se interrumpe, es decir, el acto transcurre pero el respectivo fantasma queda suprimido (Friylin-Schreuder, E., 1974). Sin embargo, incluso en el individuo sano, tampoco la represión será completa y será relativa. Cada emoción intensa conservará una potencialidad de irrupción del contenido reprimido en el consciente.

Por el rápido desarrollo del proceso secundario y de la capacidad de exteriorizar los fantasmas en el juego se puede con harta frecuencia observar la función compensatoria de la fantasía en lo que atañe a las heridas narcisistas, que se manifiesta en forma de novela familiar (El niño dice –«no soy el hijo de mis padres sino de unas personas importantes», o bien «me encontraron en algún sitio»– o a través de fantasmas de omnipotencia.

Aparecen también contenidos triangulares o regresivos, (victima o malhechor en un escenario sadomasoquista) mostrando su origen en la configuración edípica (Freud, S., 1905, 1926; Ferenczi, S., 1911).

En la «política interior» se manifiesta la latencia de una forma donde hay más tranquilidad. El Yo gana fuerza para cumplir sus tareas en el exterior y por consiguiente amplía sus capacidades y sus conocimientos. Con respecto al mundo exterior el Yo se manifiesta como más vigoroso. El individuo se siente menos desarmado. La identificación con los padres es únicamente posible por la vía simbólica, en el juego y en los sueños. Unicamente hacia la adolescencia se manifiestan de nuevo la capacidad latente de la vivencia genital y de matar. Por consiguiente lo que permanece latente no es la sexualidad o la agresividad, no son los deseos ni las fantasías, sino un nuevo objeto para la investidura libidinal.

Tras la primera etapa de la primera infancia, el camino del desarrollo de las relaciones objetales se hace mucho más llano. La internalización de la relación triangular en el Yo, que transforma el esbozo de un Super Yo en una estructura permanente,

reduce la dependencia de los padres reales al precio de una dependencia interna de valores ideales y directivos. La angustia moral se erige en motor de la defensa pulsional en la edad de la latencia tal como lo fue la angustia real en la primera infancia (Freud, A., 1936, p. 326). El Yo ha ganado un aliado en su lucha contra las pulsiones. Pero también las gratificaciones narcisistas que nacen de la vivencia interna a través del Super Yo que se manifiestan en forma de sentimientos de satisfacción y de goce, se muestran más permanentes y forman también una fuente de propósitos exploratorios, de sublimación y de una experimentación creativa.

Se pueden distinguir dos fases. La primera se desarrolla entre los 6 y 8 años, y en ella se puede observar una inhibición de las actividades masturbatorias, un investimiento progresivo de la realidad externa y de fantasías edípicas o regresivas, en todo caso defensivas, a menudo pobladas de monstruos, fantasmas, demonios.

La otra fase se extiende de los 8 a 12 años, y se caracteriza por una transformación del Yo con un crecimiento marcado de las funciones cognitivas, del sentido de la realidad, de fantasmas personificados (brujas, ladrones y, cada vez más, también personas reales. Estas son utilizadas también progresivamente para la planificación interna) y por un Super Yo suavizado en transformación, que hace la inhibición masturbatoria menos severa y menos estricta.

Paralelamente a las transformaciones del Super Yo se forma el Ideal del Yo. Personas admiradas sirven como nuevos ejemplos y toman cada vez más el relevo de las representaciones parentales suavemente desidealizadas. El niño se preocupa progresivamente por los aspectos reales de los padres y se identifica con aspectos característicos y específicos de su familia.

Bajo la influencia del Super Yo y del Yo ideal las tendencias libidinales y agresivas se desvían de los objetivos originales, es

decir, se desplazan hacia objetos conformes con las nuevas estructuras. Por medio de esta maniobra las pulsiones pierden su carácter arcaico, se van desexualizando progresivamente, se van desagresivizando y neutralizando también. En la fase de latencia, el Yo utiliza como mecanismos de defensa preferentemente la represión de representaciones intelectuales o afectivas, salvaguardando la investidura libidinal del objeto, las formaciones reactivas que se relacionan con la formación del caracter y la sublimación. Naturalmente también la regresión, la simbolización, el investimiento de manera preponderante de la realidad exterior, la sublimación y la fragmentación. Así el fenómeno de latencia es un campo fructífero para soluciones neuróticas de conflictos.

Los niños entre 3 y 5 años muestran una sorprendente riqueza de fantasía, de lógica y de claridad intelectual. En latencia a menudo aparecen como menos interesantes y uno se pregunta que ha sido de su originalidad y de su espíritu juicioso. En apariencia han sido sacrificados en aras de nuevos mecanismos de defensa. Una espontaneidad disminuida y una tendencia exploratoria fingida son las consecuencias de ello.

En latencia, en cierta manera el niño está solo, pero tiene la necesidad de estar con otros, que se encuentran en la misma situación que él. La amplificación del razonamiento y la adquisición de conocimientos y aptitudes aumentan la autonomía del Yo respecto del mundo exterior. Funcionan cada vez más como factores estabilizadores para el equilibrio narcisista.

El estado de calma de la latencia no dura mucho. Apenas se ha establecido un cierto equilibrio entre el Ello y el Yo, el Yo y el mundo exterior y entre las investiduras narcisistas y objetales, el Yo se revoluciona de nuevo con la preparación de la maduración sexual y por la intensificación de conflictos que se creían resueltos. Estos se manifiestan entre las mismas personas, pero en un nuevo contexto y sobre un telón de fondo distinto.

Hacia el fin de la latencia, es decir, en la prepubertad, la cantidad de impulsos libidinales y agresivos aumenta de nuevo. En relación con esta intensidad creciente, las capacidades reguladoras y los mecanismos de defensa y de adaptación del Yo se van debilitanto. Las tendencias agresivas pueden intensificarse hasta llegar a un estado salvaje, el hambre se puede convertir en voracidad. Tras la limpieza tan difícilmente adquirida, aparecen la suciedad y el desorden, en vez de la piedad y de la vergüenza reaparecen el exhibicionismo, y la crueldad (Freud, A., 1936, p. 327). Una parte de las formaciones reactivas está a punto de desmoronarse. Lo que se creía perdido o sobrepasado avanza hasta manifestarse en el comportamiento. Todo lo que hubo en las fantasías sexuales y agresivas de la primera infancia, ya manifestado una vez, reaparece en la superficie.

La niña entra en latencia con una carga menos conflitiva que el chico, pero ella es más vulnerable en el período prepuberal. En la primera infancia, antes de entrar en la latencia, la niña debe, a diferencia del niño, cambiar su objeto libidinal principal, es decir, debe retirar parcialmente sus investiduras libidinales de la madre en favor del padre, mientras que el chico conserva estas investiduras de la representación materna hasta la adolescencia, cuando transforma su relación primaria para con la madre y escoge en el segundo rebrote genital un objeto de su generación.

Este segundo paso que dura algunos años es más o menos comparable con el correspondiente femenino. Antes de la fase de latencia, la chica realiza un trabajo mucho más importante que el chico. Durante la fase de latencia ambos sexos tienen tareas comparables: adaptación al hecho de una triangularización internalizada que engloba toda la primera floración de la sexualidad pero sin cuerpo ni órganos genitales, sin capacidad de procreación. Antes de la genitalización, siguen siendo posibles todas las teorías sexuales ya que falta la vivencia de excitación genital correspondiente a la capacidad adulta de amar.

La regresión a un nivel pregenital parece ser más habitual como mecanismo de defensa en los chicos que en las chicas (Blos, P., 1973). Las investiduras agresivas y libidinales sobre el nivel triangular del Edipo son a veces abiertamente desveladas en forma de fantasías y ensueños. Su forma y su contenido varían enormemente, pero su calidad en lo que concierne a las relaciones objetales, cambia muy poco.

A menudo este escenario es exteriorizado en el medio escolar o en otros adultos significativos. El Yo, muy plástico y fácilmente formado por los acontecimientos del mundo externo –especialmente por lo que ocurre en la familia– a la entrada en la latencia, se hace en la prepubertad más consolidado y más rígido. La tendencia a salvaguardar el equilibrio laboriosamente establecido entre las pulsiones, las exigencias del Super Yo y las demandas del mundo externo, el intento de mantener el equilibrio entre las investiduras de representaciones del Self y de los objetos y de conservar las funciones del Yo adquiridas, consiguen que haya solamente reacciones cuantitativas y no cualitativas frente a cada alteración, es decir, sólo intensificación de las defensas.

En estos momentos el Yo reprime, desplaza, deniega, transforma en lo contrario, vuelve hacia sí mismo, crea síntomas y trata de ligar la angustia con todos los medios a su alcance (Freud, A., 1936, p. 328).

En el correr de las ondas de desarrollo se manifiestan, por una parte, la intensificación de las actividades de la fantasía, el estallido de pulsiones pregenitales o perverso-polimorfas y actos agresivos, y por otra parte aparecen angustias, formación de síntomas y las fuerzas de inhibición.

La latencia permite una diferenciación del Yo (Blos, P., 1990), que es necesaria para que el niño no se quede fijado a nivel del narcicismo infantil, de una idealización del Yo, que desembocaría en soluciones como –«soy lo que quisiera ser»– lo

que comportaría fantasmas de grandiosidad y conduciría a menudo a desechar la vergüenza, o como –«yo soy lo que los otros piensan de mí»–, solución de sumisión, punto de partida del desarrollo de un falso self. Avanza con claridad la reducción de la sobre-estimación de las figuras parentales. Su posición social, sus actividades profesionales y sus roles en el mundo se ven redimensionados. Su admirada posición se reduce hacia una medida real. Vienen la decepción y el desencanto, se somete a los padres a una crítica creciente, que comienza a adquirir visos de desprecio. Este debilitamiento de la autoridad parental es aceptada con contrariedad por los padres y despierta su inquietud. Pero el niño sufre más que su entorno esta reaparición del pasado y tiene más necesidad de comprensión y ayuda por estos cambios en su mundo interno que de reproches y castigos.

Resumiendo, el mundo interior del niño puede ser disfuncional ya al principio de la fase de latencia. El sistema familiar, las influencias que vienen del grupo de niños de la misma edad o las interacciones con personas significativas pueden mejorar o deteriorar las funciones del Yo. Si no es posible en latencia integrar las tendencias intrapsíquicas divergentes sin reducción de la capacidad de desarrollarse psíquicamente o si las cargas exteriores que influyen en la autonomía del Yo son demasiado onerosas, entonces cada vez más se manifiestan soluciones de conflicto por medio de síntomas, lo que forma una hipoteca creciente para la entrada o la llegada a la adolescencia con todas sus transformaciones psicofisiológicas necesarias.

En los cuentos de hadas el niño encuentra modelos culturales de simbolización, de elaboración fantasmática de ciertos conflictos, que tienen una atracción especial para él, porque disminuyen la soledad y se sitúan en este espacio transicional del juego, de la ensoñación, donde en un gesto lúdico y creativo todo es posible puesto que nada está concluído. Por esta razón me gustaría presentarles un ejemplo y como ejemplo he escogi-

do un cuento de hadas que es el de la Bella durmiente del bosque.

«Erase que se era un rey y una reina que estaban tan enfadados por no tener hijos que habían acudido a todos los balnearios del mundo. Hicieron todo lo posible y no hubo resultados. Finalmente la reina tuvo una niña, se le dieron como madrinas a la pequeña princesa todas las hadas que se pudieron localizar en el país. Las hadas empezaron a dar sus regalos a la princesa, la princesa por este medio tuvo todas las perfecciones imaginables. Tras las ceremonias del bautizo hubo un gran festín para las hadas.

Cuando ya estaban acomodándose en torno a la mesa entró una vieja hada que no había sido invitada porque hacía más de 50 años que no había abandonado su torreón y que todo el mundo creía que había muerto o que había sufrido un encantamiento. El rey hizo que le pusieran cubierto pero no hubo manera de darle un regalo en oro macizo como a las demás hadas porque sólo se habían preparado siete estuches de oro para las siete hadas. La anciana hada creyó que era objeto del desprecio y cuando llegó el turno de hacer los dones meneando la cabeza más por despecho que por vejez, dijo que la princesa se atravesaría la mano con un huso y moriría. Una de las jóvenes hadas que estaba cerca lo oyó y dijo: «tranquilizaos majestades, vuestra hija no morirá, cierto es que no dispongo de bastante poder para deshacer completamente lo que esta hada ha hecho, la princesa se perforará la mano con un huso, pero no morirá, simplemente caerá en un sueño profundo que durará cien años, al cabo de los cuales el hijo de un rey vendrá a despertarla.

El rey para intentar evitar esta desgracia anunciada por la vieja hada hizo publicar un edicto prohibiendo a todas las personas hilar con huso, tener husos en su casa y todo ello bajo pena de muerte.

Al cabo de quince años el rey y la reina estaban en uno de sus palacios de verano y ocurrió que la joven princesa subió hasta un torreón y en un pequeño cuchitril en el que una anciana estaba hilando con su huso. Aquella anciana no había oído hablar de las prohibiciones, a propósito de hilar con huso. !Oh, que bonito es esto¡. Déjemelo, préstemelo, para

ver si sé hacer lo mismo que usted.

Apenas tomó el huso en sus manos, se perforó la mano y se desvaneció.

La buena anciana, muy preocupada, pidió socorro; de todas partes acudieron pero nada recuperaba a la princesa. El rey recordó la predicción de las hadas y ordenó que instalaran a la princesa en una hermosa estancia del palacio y ya que la princesa sólo tenía los ojos cerrados, se la oía respirar. El rey ordenó que se la dejara dormir hasta que llegara la hora de despertarse. El hada buena que le había salvado la vida condenándola a dormir cien años pensó que cuando la princesa se despertara estaría sola en el castillo y he aquí lo que hizo el hada buena. Tocó con su varita mágica todo el castillo (aparte del rey y la reina): todos se durmieron para no despertarse más que el día que se despertara la dueña para que estuvieran dispuestos a servirla cuando ella lo necesitara. Entonces el rey y la reina tras haber besado a su hija sin que se despertara, salieron del castillo e hicieron publicar interdictos de cualquier tipo de aproximación al castillo.

Al cabo de un cuarto de hora en torno al castillo creció una enorme cantidad de árboles inmensos, matorrales, zarzas, espinos, entrelazados entre sí, de modo que ninguna persona o animal hubiera podido atravesarlos.

Al cabo de cien años, el hijo del rey que reinaba por aquella sazón y que era de otra familia distinta a la de la princesa dormida, se había ido a cazar por aquellos parajes y preguntó qué eran aquellas torres que veía despuntar tras una selva espesa. La opinión más extendida era que vivía un ogro allí y que el ogro se llevaba todos los niños que podía atrapar para comérselos tranquilamente y sin que nadie le pudiera seguir ya que sólo el tenía el poder de abrirse paso a través de este bosque. Un viejo campesino tomó la palabra y dijo: «he oído decir a mi padre que en este castillo había una princesa y que debía dormir cien años y que la despertaría el hijo de un rey».

El joven príncipe, animado por el amor y por la gloria, resolvió, ver inmediatamente qué ocurría. Todos aquellos inmensos árboles, zarzas y espinos, se abrieron por sí solos para que pasara el príncipe. Había un silencio terrible, la imagen de la muerte estaba presente, no había más que cuerpos exten-

didos en el suelo de hombres y animales que parecían muertos. Sin embargo, el príncipe se dio cuenta de que estaban sólo dormidos.

Atravesó varias dependencias del castillo y en un lecho vio a la princesa, se acercó a ella temblando y admirándola y el fin del encantamiento se produjo, la princesa se despertó y dijo: –«¿Sois vos mi príncipe?, cuánto os habéis hecho esperar»–. El estaba más cohibido que ella. Ella había tenido tiempo de pensar en todo lo que le diría cuando apareciera el príncipe. Parece ser que, durante el largo sueño, el hada buena le procuró el placer de sueños agradables. En fin, hacía ya cuatro horas que la princesa y el príncipe hablaban. Durante ese tiempo todo el palacio se había despertado y el príncipe se libró muy mucho de decirle a la princesa que estaba vestida como su abuela. Sin perder tiempo, el capellán los casó en la capilla del castillo y el príncipe se separó de la princesa para regresar a la ciudad donde su padre el rey debía estar preocupado por él.

Me gustaría considerar este cuento desde el punto de vista de la fase de latencia.

Punto de vista chica

– Durante el largo período estéril de la pareja, el cuento no da explicaciones, es un hecho. Lo que se había olvidado desde el punto de vista femenino (el hada vieja a la que se creía muerta, ¿acaso era una parte que procedía de la abuela?); reaparece y contiene una maldición. Una de las hadas jóvenes (¿una parte autónoma de la madre?) no tiene «bastante potencia para deshacer el encantamiento que había hecho el hada vieja» pero sí que puede suavizar el cruel sino (sueño en vez de muerte).

El rey padre intenta evitar el mal con prohibiciones. Sabe controlar a los demás, pero no la curiosidad de su propia hija.

Padre y madre están juntos y lejos los dos en un palacio de verano; la princesa se siente abandonada en la configuración triangular, descubre su falicidad y el deseo de hacer como las mujeres mayores, que no han oído hablar de prohibiciones (¿Tener niños?, ¿masturbación?). En este momento empieza la edad de latencia con este estado somnoliento. Durante este tiempo, la chica está protegida por árboles y espinos en el bosque y por una amnesia parcial. El mundo infantil entero permanece inmutable y sólo recupera su actividad en el momento en que la princesa se despierta al final del encantamiento. Durante esta fase, en que parece en como muerta, cada movimiento emocional sólo tiene lugar en el imaginario, pues la joven hada había «procurado a la princesa el placer de sueños agradables». Pero el lector no recibe ningún tipo de información directa acerca de estos sueños (así pues, acerca de los fantasmas de la latencia). Al principio de la adolescencia, cuando la capacidad de procreación está formándose, la princesa todavía lleva signos del pasado, es decir, los ropajes de la abuela. Es como una descripción de una fase de latencia prolongada a causa de un fantasma de muerte oral, ligado a la identidad femenina, (convertirse en mujer significa convertirse en madre y significa convertirse en ogro) que proviene de la abuela, (vieja hada) y es suavizado por la madre que, recordemos, durante un largo período no había tenido hijos y que se reencuentra una vez más en la figura de la madre del príncipe.

El príncipe le dice a su madre que en una partida de caza se había perdido en el bosque. El rey, lo creyó pero su madre no se quedó muy convencida y viendo que casi todos los días iba a cazar y que siempre tenía una razón para excusarse cuando había pasado dos o tres noches fuera del palacio, la madre ya no tuvo ninguna duda, había algún amorio; el vivió con la princesa más de dos años completos y durante este período tuvo dos hijos, el primero fue una chica y se llamó Aurora y el segundo un hijo y se le llamó Día.

Nunca confió a su madre el secreto: la temía, aunque la amaba porque era de la raza de los ogros. Incluso en la corte

sotto voce se decía que tenía las inclinaciones propias de los ogros y que al ver pasar niños apenas podía contenerse para no arrojarse sobre ellos: así el príncipe nunca quiso decirle nada. Pero a la muerte del rey, cuando el príncipe se convirtió en dueño, declaró públicamente su matrimonio y con gran pompa y ceremonia fue a buscar a la reina, su esposa, al castillo.

Algún tiempo después el rey se fue a la guerra. Confió la regencia en manos de la reina, su madre, y le recomendó mucho que cuidara de su mujer y de sus hijos. En cuanto se fue, la reina madre envió a su nuera y a sus niños a una casa de campo en lo más impenetrable del bosque para poder con más facilidad saciar su terrible apetito. Fue unos días más tarde allí y dijo a su chambelan: –«quiero comerme mañana para mi cena a Aurorita»–. El pobre hombre, viendo que no se podía jugar con una ogra, tomó su gran cuchillo y subió a la habitación de Aurorita; ella se echó a los brazos del chambelan saltando y riendo. El se puso a llorar, el cuchillo se le cayó de las manos y se fue al corral a degollar un corderito; al mismo tiempo se llevó a la pequeña Aurora y la confió a su mujer para ocultarla.

Ocho días después la mala reina dijo a su chambelan: –«para cenar me apetece el pequeño Día–. El chambelan no replicó y decidió que la engañaría como la otra vez. Fue a buscar al niño, lo confió a su mujer, quien lo ocultó junto con la pequeña Aurora y, en vez del niño, entregó un cabritillo muy tierno.

Una noche la mala reina dijo al chambelan: –«me quiero comer a la reina–.

Ahí es cuando se desesperó el pobre chambelan porque pensó que no la podría engañar. Tomó la resolución, para salvar su propia vida, de degollar a la reina, subió a su habitación y, con mucho respeto, le contó la orden que había recibido de la reina madre.

–«Cumpla usted con su deber»–, le contestó la reina, tendiéndole el cuello. «Ejecute la orden que le han dado, volveré a

ver a mis hijos a los que tanto he amado». Porque ella los creía muertos, desde que se los habían quitado de su lado sin decirle nada.

«No, señora, –le contestó el pobre chambelan enternecido–, vos no moriréis ni dejaréis de ir a ver a vuestros hijos; pero será en mi casa donde los he escondido, y volveré a engañar a la reina, le daré una cierva en lugar vuestro».

Condujo a la reina a su casa y guisaron una cierva que la reina se comió. Ella se había preparado para decir al rey, a su vuelta, que los lobos se habían comido a su mujer y a los dos niños.

Una noche ella oyó en una sala la voz de la reina y de los niños. Furiosa porque la engañaran exigió que le trajeran una gran cuba que hizo de llenar de sapos, de víboras, para arrojar allí a la reina y sus niños, al chambelan, su mujer y su criada. Los verdugos se prepararon para arrojarlos a todos en la cuba, cuando el rey al que no se esperaba todavía, penetró en la sala y preguntó, extrañado, que significaba aquel horrible espectáculo. Nadie se atrevía a contarle qué es lo que ocurría cuando la ogra, furibunda al ver lo que veía se arrojó de cabeza dentro de la tina y en un momento fue devorada por aquellas horribles bestias que ella había hecho introducir. El rey se enfadó, –era su madre–, pero se consoló muy pronto con su hermosa esposa y sus hijos.

Punto de vista chico

Para él también hay una maldición, pero más oculta, los rumores que el castillo de la princesa sería la vivienda de un ogro que se comería a los niños.

También en el príncipe el primum movens es la curiosidad. También para él hay una maldición pero que está más escondida: los rumores que había de que el castillo de la princesa era la morada de un ogro que se comería a los niños. Proyectado en su futuro objeto libidinal, él reencuentra la representación de su madre arcaica, a quien está fijado de forma muy ambivalente. Sus investigaciones infantiles están motivadas por el amor y por la gloria. Está muy perplejo por su descubrimiento del sexo femenino y no se atreve a hablar de su vida clandestina a sus padres porque, en su mundo fantasmático, él tiene el papel del padre con la princesa y teme, siéndole infiel a su madre, la venganza de ésta.

La eliminación del padre por la muerte le coloca oficialmente en el lugar de aquel, pero también como guerrero. Por esta actividad fálica él marca la entrada en un estado de regresión en el cual deja de nuevo el reino a su madre y abandona a su esposa y a sus hijos. La persona del chambelan aparece en lugar del principe –rey– padre e intenta haciendo trampas salvar la identificación del hijo con el padre, de tener su propia esposa, pero sin haber cambiado la relación ambivalente con la madre devoradora.

En la gran tina, en la vagina, vuelve a encontrar el falo devorador y venenoso de la madre. Esa tina llena de víboras se transforma en el lugar de venganza de la madre. El conflicto de lealtad que se plantea para él entre madre y segundo objeto de sus deseos, es decir, la princesa, no será resuelto porque el objeto libidinal y sus hijos no sirven más que para consolarle. Queda fijado de forma infantil a su madre aunque al final del cuento su madre quede eliminada.

Es la historia de una fase de latencia que es complicada ya de entrada, pero que permite a pesar de todo una apertura hacia la adolescencia. Pero ésta será sin duda muy conflictiva.

Viñeta Clínica

Roberto tiene diez años y medio. En nuestra primera entrevista él entra muy fácilmente en contacto conmigo. Mi pregunta de cual es la razón por la que tiene que venir a consultarme, él me dice que él hace el idiota todo el tiempo cuando está con otros niños, que hace tonterías, cuando no sabe qué hacer, cuando se aburre, y que será tarea mía encontrar el por qué de todo ésto.

El es el mayor de los chicos de su clase. Durante el recreo le gusta pegarse con los demás porque gana siempre, aunque la maestra es severa, él la quiere porque se aprende mucho con ella. Tiene algunos problemas con la escritura, la lectura y sobre todo con la ortografía y a veces tiene dificultades para dormirse. Es un chico al que no le gusta obedecer, que quiere hacer siempre lo que le da la gana, lo cual le crea problemas con la madre.

Yo le propongo el juego de los squiggles (Winnicott, D. W.) y es él el que hace el primer garabato.

1. Yo pongo una palabra: el comienzo.

Yo soy muy prudente al comienzo y trato de estructurarlo lo menos posible.

2. El duda para completarlo diciendo que va a ser muy difícil, «¿qué es lo que tengo que hacer?, ah, ya lo sé, una serpiente, oh! casi había olvidado la cabeza pero no hay serpientes rojas, ésta es venenosa porque tiene una raya negra en el ojo, es larga muy larga, es una cobra real, está en el circo, no es mala (es muy simpática) pero ¿qué hace con el veneno?, a veces puede salir de su jaula y hacer lo que le da la gana, come ranas, una vez también mordió a una persona que murió (en-

tonces no es tan tranquila como tu decías), no; pero desde que nació el guardián de las serpientes la amaestró (es decir, que realmente es peligrosa pero está bien amaestrada), sí; es exactamente eso».

La serpiente gigante y real representa al mismo tiempo un falo peligroso, una representación simbólica de la oralidad de Roberto y también el falso self (parentificación) que se ha desarrollado por una acción de amaestramiento.

3. (El completa su garabato él mismo).

Es una cabeza mitad serpiente mitad hombre, se parece a una tortuga, es muy simpática y no le hace ningún daño a las personas, tiene una longitud de tres metros, no es venenosa pero es feroz, un poco como una lombriz de tierra o un ciempiés, se mete con mucha facilidad en la tierra porque puede hacer que su cabeza sea gorda o delgada, los pelos que tiene encima quieren decir que está viendo alguna cosa, lombrices, se las come (es un ser muy raro), sí; no existe más que éste en el mundo (¿como nació?), por una lombriz de tierra mágica que también lo pudo transformar en tigre pero este animal no le gusta, al contrario él sabe hacerse transparente cuando se le intenta agarrar o atravesar paredes sin problemas, es un animal feroz que se puede hacer de golpe muy peligroso (¿tiene algún parecido contigo?), sí; porque de vez en cuando yo tengo una rabia que la siento de golpe, pero cuando me aburro yo me tumbo y sueño, a veces me pregunto si en realidad estoy soñando o estoy despierto, y a veces no estoy seguro de lo que es sueño y de lo que es realidad (¿será que tu tienes un mundo de sueños que es solamente tuyo?), sí; y ahí siempre están pasando cosas nuevas. Hace un año soñé con una torre muy vieja por la que tenía que trepar, por escaleras y por puertas, al final desde un balcón muy estrecho yo miraba hacia abajo donde todo era pequeño, en otro sueño yo saltaba desde una peña y

eso me hacia cosquillas en el estómago, era una sensación mitad agradable, mitad desagradable (en los dos sueños hay movimientos, de abajo arriba y de arriba abajo), era una torre de fantasmas, mi padre estaba conmigo, saltamos juntos, en realidad moríamos, pero en este sueño era estupendo.

Este tema lleva en dirección a la persona, encontramos de nuevo la voracidad. La utilización de una omnipotencia (que proviene del ser que le ha traído al mundo), que facilita transformaciones mágicas para evitar cada peligro (hacerse transparente) y para reducir su propia agresividad. También señala hacia el paciente él mismo y hacia su mundo de sueños propio. Con los simbolismos fálicos (torre, movimientos de erección) reencuentra al padre y un sentimiento de goce.

4. Después de que el paciente completó mi garabato dijo: «es un animal muy raro, es peligroso, es un diablo y hay que obedecerle, vive en el infierno y allí hay niños que no obedecen, hay uno entre ellos que debe recoger los desperdicios, otro debe cavar un agujero en el muro para escaparse, detrás el diablo lleva una cola que puede transformarse en pierna, abajo hay lava ardiente, si un niño quisiera escaparse debería pasar por la lava ardiente pero no se puede pasar por ahí sin ropa resistente al calor, y además hay torbellinos peligrosos, el diablo es gigantesco, le dice a los niños: únicamente si podéis salir vivos de aquí podréis iros. El niño recibe de un amigo trajes protectores contra el calor y salta a la lava, una vez que ha salido el diablo le dice que todavía tiene que apalear carbón, por todas partes hay un humo espeso, los aprendices de diablo también deben apalear carbón y aprender a lanzar maldiciones (todo el mundo está a merced del diablo), sí; después de un año uno se muere en el humo casi como en una cámara de gas, esto pasaba en la segunda guerra mundial, ya sabe usted, gas en lugar de ducha (¿por qué esos niños están en el infierno?), porque eran insolentes con sus madres, el diablo va a venir a buscarte, decía la

madre, y el diablo vino, mi madre también dice a menudo, que te lleve el diablo, esto lo dice cuando yo hago el idiota o cuando yo tiro un plato al suelo.

En un escenario diabólico y sadomasoquista, se inscribe una problemática entre adultos y niños que desemboca en la relación ambivalente entre su madre y él.

5. Antes de que complete su garabato le advierto al paciente que el próximo dibujo será el último por hoy. Es un pato bueno,dice él, que se baña en un estanque, enseña a nadar a los pequeños que todavía no saben volar, a veces él los coge por la espalda y les lleva a hacer un circuito aéreo, porque volar es algo muy divertido, el cisne que tiene un cuello muy largo y que sabe nadar muy deprisa, ayuda al pato porque es su amigo.

Habiendo tomado conciencia del final de nuestra entrevista, Roberto crea una escena idílica de familia con su aceptación de que el vuelo (¿el movimiento sexual?), es un privilegio de los adultos, es decir del pato y del cisne que enseñarán esta capacidad a sus hijos.

Un mes más tarde durante nuestro segundo encuentro, Roberto me cuenta que tiene cuatro fusiles de niño, pero que dos están estropeados, la multiplicación es un medio para reducir el peligro de avería del objeto fálico (fusiles). Quiere en seguida volver a nuestro juego de dibujo, y en este caso soy yo quien completa su primer garabato.

1. «Ah, ésto es exactamente lo que yo quería hacer, dice Roberto, un pollo que está a punto de salir del huevo, que está naciendo, todavía no conoce a su madre, ella tiene seis pollos a los que les gusta jugar juntos, la madre y el padre han organizado una fiesta que dura hasta que el pollo haya salido, todos es-

peran, es un pollo especial porque tiene una cáscara de huevo de oro, se dice que va a ser un gallo dorado que trae buena suerte, desde luego es único en el mundo y es muy precioso.

Adaptándose muy deprisa y casi totalmente (eso es exactamente lo que yo quería hacer), Roberto reanuda muy rápidamente nuestra relación interrumpida, introduce el tema del nacimiento, si se sale de un huevo o si se han pasado nueve meses en el vientre de la madre, la negación de la sexualidad humana seguida por una idea megalómana.

2. Roberto completa mi garabato y dice: «ah, ya sé lo que voy a hacer?, es un cantante muy conocido, es un pato con una boca tan grande que puede comer muchas lombrices, muchas más que los otros (yo tengo dificultades para ver en su dibujo el pato), es un pato macho, todavía estoy dibujándolo, cabeza, cuerpo y patas son todos del mismo color (igual que tú que vas vestido de un sólo color), sí (¿entonces este pato tiene algo de parecido contigo?), sí; es tan inteligente como yo pero él canta mejor, el primer dibujo le mostraba naciendo, sería bastante raro si se le ve morir en el siguiente dibujo.

Reaparece el pato, con esta figura él retoma el hilo de la última sesión, y nos encontramos de nuevo con la importancia de la oralidad y el elemento de hacer algo muy grande, (boca gigante).

3. Roberto termina su garabato él mismo: «una ballena azul, la ballena más famosa y más grande que existe, (la más grande: en tu clase eres tu el más grande y además eres tu quien hoy lleva un jersey azul), tiene usted razón, según el libro de records puede alcanzar una longitud de 33 metros y puede comer tantos peces como la ballena martillo, pero no se los come, y además es muy inteligente porque los cazadores quieren matarla pero ella es capaz de huir, es un mamífero que está

amenazado de exterminio, tendrá un niño, bueno quiero decir su mujer tendrá un niño, (de nuevo nos encontramos aquí cerca del hecho del nacimiento, ¿como ocurre esto en detalle?), bueno el niño sale de la madre por detrás (y ¿de que manera entra ahí?), no tengo ni idea, mamá me decía que yo estaba en su barriga en una gran burbuja o vesícula, al principio yo era muy pequeño, lo que es pequeño eso viene del padre, la madre lo recibe y cuando se hace grande... (pero ¿como se hace para que eso llegue hasta la madre?), el padre lo tiene en su tripa, después él tiene un canal, una especie de pequeño corredor por donde eso pasa y si se hace caca eso sale por detrás, pero ¿como llega eso hasta la madre?..., pues yo pienso que entra por el agujero del culo, hace falta meter ahí como una tableta, eso llega por un canal y después eso crece (¿y el nacimiento?), bueno pués... por el mismo sitio por donde sale la caca, en el momento del nacimiento el niño tiene aproximadamente 50 centímetros de largo (tu idea de como sale el niño de la tripa de la madre, es más clara que la que tienes de donde vienes), sí; es que mi madre me contó solamente que yo estaba en su tripa y que yo nací, (y ¿que es lo que sabes tú de la diferencia entre hombres y mujeres?), el hombre tiene un silbato, la mujer tiene una especie de raja, les hace falta para ir al baño (pero para ir al baño no haría falta que tuvieran algo diferente), sí; pero así es como es.

Además aquí abajo hay también un tiburón, es el amigo de la ballena, él le trae los pescados pero los pescados no quieren que se los coman, más abajo hay un barco sumergido, que es muy, muy viejo, que tiene más de 500 años, es un submarino de la guerra, una bomba lo mandó al fondo y un hombre murió entonces, los escafandristas lo encontraron, lo metieron en un saco y lo enterraron, el barco lo dejaron abandonado porque los cañones estaban estropeados, pero antes habían tirado con ellos, cuando un submarino está en la superficie es como cualquier otro barco, en el mar como usted sabrá, hay una fosa que tiene una profundidad de 11.000 metros y los submarinos pueden meterse allí.

Yo no me alegré nada de cumplir 10 años, yo quería conservar una sola cifra, seguir siendo un niño es mucho más agradable, pero cuando se es adulto se puede conducir un coche, (entonces los adultos saben otras cosas y tienen derecho de hacer otras cosas que los niños), sí; ellos pueden hacerlo todo y en cambio los niños quieren poder hacerlo todo, pero cuando se le prohíbe alguna cosa a los niños entonces se enfadan, (por ejemplo, tú, ¿de qué te enfadas?), pues si quiero tener una grúa de Playmobil y papá dice que sí, y mamá dice que no. Aquí entre los otros peces hay también algunas pirañas, las pirañas pueden cortar un dedo con sus dientes aunque sean muy, muy pequeñas, los peces pequeños tratan de huir por culpa de las pirañas y la ballena no tiene más que abrir la boca para comérselos, (es decir que los pequeños peces realmente no tienen mucha suerte), sí, es eso.

A través de la ballena, el elemento gigantesco y la voracidad vuelven a manifestarse. La ballena (como el tigre) es también perseguida. Con el concepto de mamífero está ligado el peligro de exterminio. También se expresa el deseo de tener un hijo. Pero los conocimientos sobre la escena primaria son, o bien reprimidos y mal imaginables, (salvo en estructuras anales y regresivas) o bien, aún no han sido adquiridos. La función de los órganos genitales está también analizada. Este concepto regresivo se mantiene. En el plano cognitivo, las preguntas y la curiosidad están bloqueadas.

Un animal de oralidad peligrosa, el tiburón, hace causa común con la ballena, y así los peces pequeños son comidos. El movimiento de regresión prosigue rápidamente hacia la oralidad, la falicidad es abandonada (los cañones del submarino, destruido por las bombas, están estropeados. Antes habían tirado con ellos. Han matado a un ser humano) y sin embargo en estado intacto, el instrumento para penetrar en las fosas extremamente profundas existiría.

Traducido en el movimiento del desarrollo, el gesto regresivo se transforma en deseos de permanecer siendo un niño. Re-

clamar en una segunda oleada progresiva, su falicidad y su placer (grúa de Playmobil) conduce muy deprisa a la introducción de las pirañas, con su capacidad de castración oral (cortar un dedo con los dientes). Las oleadas progresivas, que a causa de la angustia de castración son seguidas muy rápidamente por movimientos muy regresivos, la restricción fantasmática de la escena primitiva y de la curiosidad habitual y la resignación en lo que concierne al deseo de hacerse adulto, forman elementos para plantear la indicación de una psicoterapia psicoanalítica. Creo que el título de mí exposición no debería ser: consolidación o *desarrollo* sino consolidación y *desarrollo.* Solamente la flexibilidad y el equilibrio entre estos dos polos podrán ayudarnos, en nuestro pronóstico clínico sobre la situación dada de un niño que consulta.

BIBLIOGRAFIA

Blos, P., *Adoleszenz.* Klett-Cotta, Dtuttgart, 1973.

Blos, P., *Väter und Söhne.* Klett-Cotta, 1990.

Bornstein, B., *On latency. Psychoanal.* Study Child 6, 279-285, 1951.

Ferenczi, S., «Über obszöne Worte, ein Beitrag zur Psychologie der Latenzzeit (1911)». In: Ferenczi, S., *Bausteine zur Psychoanalyse,* Band 1, 171-188, 1927.

Fraiberg, S., *Some characteristics of genital and discharge in latency girls.* Psychoanaly. Study Child 27, 439-475, 1972.

Freud, A., «Das Ich un die Abwehrmechanismen (1936)». In: *Die Schriften der Anna Freud,* Bd. 1, pp. 197-355. Kindler, München, 1980.

Freud, S., *Der Untergang des Oedipuskomplexes.* G. W., Bd. 13, p. 395 f.

Freud, S., *Drei Anhandlungen zur Sexualtheorie (1905).* G. W., Bd. 5, p. 79 f, 101.

Freud, S., In: Freud, S. -Pfister, O. Briefe (1926), p. 111. S. Fischer, Frankfurt, 1963.

Frijling-Schreuder, E. E. M., *Was sind das, Kinder?* Suhrkamp, Frankfurt, 1974.

Sarnoff, C. C., *Latency.* Aronson, N.Y., 1976.

Smirnoff, V., *The scope of child analysis,* pp. 76-80. Routledge and Kegan, London, 1971.

Williams, M., *Problems of technique during latency.* Psycoanal. Study Child 27, 598-617, 1972.

COLOQUIO

Juan Manzano (Ginebra). Tú has dicho en un momento dado que lo que queda latente no es una serie de cosas, fantasías, pulsiones. ¿Qué es lo que para tí queda latente? Yo he entendido que querías hablar más bien de que era el objeto, el investimiento del objeto, lo que quedaba latente, pero no estoy seguro.

Dieter Bürgin (Basilea). Sí, sin duda has entendido muy bien y lo que permanece latente es investir un nuevo objeto. Hay el objeto primario que es investido y hay un juego lúdico en la fantasía para hallar otras soluciones acerca de la situación triangular, pero se queda al mismo nivel y únicamente en la pubertad y la adolescencia hay este movimiento de separación, de separarse del objeto primario e investir un nuevo objeto. Lo que significa que lo que permanece constante en este sentido en la latencia es la posibilidad de dar un paso más al investir un nuevo objeto y hay otros objetos que se colocan en el lugar del objeto primario, no es que haya un nuevo objeto. Los maestros, por ejemplo, suplantan a los padres, se distinguen unos de otros pero el investimiento es idéntico, mientras que en la adolescencia hay verdaderamente un investir nuevo.

Francisco Muñoz (Madrid). Creo que en este último momento se estaba hablando de *mecanismo de desplazamiento* y sin embargo anteriormente cuando hablaba de los mecanismos de defensa en la latencia, no he escuchado que hablara de desplazamiento. Porque recuerdo que ha hablado de represión, formaciones reactivas, sublimación, simbolización, fragmentación, pero no de desplazamiento y me parece importante este meca-

nismo de desplazamiento para investir nuevos objetos. ¿Lo podemos incluir dentro de los mecanismos de defensa importantes en la latencia? Bueno de lo que se habla ahora realmente es de un mecanismo que tiene algo que ver con la sublimación. Realmente es diferente, pero ¿se ha estado hablando de sublimación o de simbolización?, no se si era desplazamiento o simbolización. ¿Podría aclarar un poco más ésto?

Dieter Bürgin (Basilea). Creo que he hablado de desplazamiento pero muy deprisa y le agradezco mucho que vuelva a plantear la pregunta puesto *que el mecanismo de desplazamiento es importantísimo para la elaboración de fantasmas.*

Fernando Cabaleiro (Madrid). Yo quería preguntar al profesor Bürgin si no cree que para poder guardar ese objeto latente es necesario que haya adquiridas ya muchas cosas de antemano y concretamente las posibilidades de pérdida, *¿en qué sentido latenciar algo es también poder perderlo* y poder diferir?

Dieter Bürgin (Basilea). Pregunta muy interesante ya que nos lleva a la capacidad del duelo, la capacidad de pérdida en la fase de latencia. Se entra ciertamente en latencia de una forma mucho mejor, más sencilla, si hay una cierta capacidad de perder, si es que se ha desarrollado ésto; pero se podría decir que cada desarrollo sólo es posible si se puede dejar algo también, no se puede tomar algo nuevo si no se deja algo por otra parte. Por consiguiente, no hay un duelo del investimiento del objeto primario. Este objeto se conserva. Un niño que realmente ha perdido a los padres y que no tiene sustituto y que está privado relacionalmente, emocionalmente, entrará en latencia con una carga, con un handicap, porque este niño no ha podido constituir representaciones continuas de los objetos primarios. En cambio, si un niño ha vivido una pérdida real pero con sustituto, ha podido hacer cierto trabajo de duelo con ayuda de estos adultos, y entonces está mejor equipado para entrar en latencia. *Pero no creo que haya que tener una capacidad de pérdida especial o una capacidad más amplia de la necesaria*

para cualquier otra forma de desarrollo. Se podría incluso decir que en fase de latencia todo se hace para no perder y se guarda, se conserva el investimiento del objeto primario pero se cambia, se transforma, se simboliza y se desplaza y lo que haga falta, la materia prima sigue siendo la misma, está, no se abandona. Unicamente se deja en el transcurso de la adolescencia.

Juan Manzano (Ginebra). Hay que volver sobre esta cuestión, porque ustedes ven que aquí hay un punto importante teórico que probablemente dará lugar a que haya opiniones y comentarios distintos. Es la cuestión del concepto fundamental que tu subrayas de mantener el investimiento y el esfuerzo por no perder, mientras que en efecto el esfuerzo por no perder está en contraposición a una cierta evolución y se puede entender como defensivo para no experimentar un sentimiento de pérdida. Es la otra cara de esta cuestión.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

DIFERENCIACION DEL TRASTORNO NEUROTICO EN EL NIÑO

Por Eulalia Torras

Con frecuencia, llegan a nuestras consultas niños y adolescentes portadores de síntomas y conductas que podemos calificar de «neuróticos», pero que luego, dentro de un tratamiento psicoterápico, cuando se tambalea o resquebraja su sistema defensivo, muestran aspectos de su mundo interno y de su relación con nosotros que dudaríamos de seguir llamando tal cosa.

Frecuentemente, una progresión de este tipo, aunque más limitada, aparece también en las primeras entrevistas. Así, un niño ansioso, decaído, fóbico, puede, ya al final de la primera entrevista o en uno de los primeros contactos, revelar una realidad interna peculiar o desorganizada, con elementos psicóticos, que en un primer momento no aparecían.

A veces, en los tratamientos psicoterápicos de niños, el trayecto hasta la irrupción en la sesión de ansiedades y conductas de carácter asimbólico y psicótico, dominadas por la proyección y el proceso primario, es muy corto. No se trata de que el niño sea psicótico, sino de que lo psicótico en él, las fantasías y contenidos mentales que construye bajo la presión de la ansiedad, desconectadas de la realidad, y que su percepción no corrige, se vuelven dominantes. Esas fantasías han quedado encapsuladas y el niño no las ha podido integrar. Por eso no se han ido elaborando en las sucesivas experiencias, sino que han quedado fijas, como ideas fijas, pequeños delirios, puesto que son construcciones que sustituyen la realidad.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

Los interrogantes son: ¿Son nuestros diagnósticos de «problema de índole neurótica» optimistas, y en realidad, la mayoría de las veces, hemos de cambiar el diagnóstico inicial por el de «border-line como mínimo? ¿Es la neurosis una estructura específica, o es una forma de encarar la psicosis, o de mantenerla encapsulada y latente?

En 1984, Freud diferencia la neurosis de la psicosis, según el trato que se da a la idea o recuerdo incompatible e inadmisible para la conciencia. Dos años más tarde, describe la función de los mecanismos de defensa, para reprimir la idea incompatible, y en relación con la formación de síntomas.

Treinta años más tarde, en 1924, en «La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis». Freud describe las neurosis, como basadas en una dependencia de la realidad, que induce al individuo a suprimir un aspecto del Ello, el aspecto incompatible con los mandatos de la realidad. En la psicosis en cambio, ese mismo Yo, al servicio del Ello, se aparta de que en la neurosis se evita un aspecto de la realidad, mientras que en la psicosis se remodela ese aspecto. La psicosis niega la realidad y trata de reemplazarla, y esa transformación se lleva a cabo en las huellas mnémicas y en las ideas y juicios.

En su trabajo más importante sobre este tema, publicado en el mismo año, «Neurosis y Psicosis», Freud diferencia unas de otras diciendo que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el Yo y el Ello, mientras que la psicosis es el resultado de un conflicto entre el Yo y el mundo externo.

Muchos otros autores han descrito y definido las diferencias entre neurosis y psicosis. Citaré solamente a Bion, quien, en su trabajo sobre «Diferenciación de la parte neurótica y la psicótica de la personalidad», afirma que la diferencia estriba en la decisión de enfrentar la ansiedad o esquivarla. Se refiere por supuesto a enfrentar las construcciones falsas, las ideas delirantes.

Mi propuesta es que existen dos formas de funcionamiento mental: normal y psicótico, y que la psicopatología –y por tanto también la neurosis– es el resultado del trato que los funcionamientos normales del individuo dan a los propios funcionamientos psicóticos. En otras palabras, la variedad de trastornos neuróticos es la consecuencia de determinadas interacciones entre funcionamiento normal y psicótico.

Deseo subrayar que me estoy refiriendo a *funcionamientos,* y no a *individuos*; a funcionamientos normales del individuo y no a individuos normales; a funcionamientos psicóticos, y no a individuos psicóticos, conceptos muy distintos.

En la forma de funcionar normal, frente a la ansiedad, el Yo conserva el contacto con la realidad interna y la realidad externa, que se modifican mutuamente, se corrigen, y dan lugar a la capacidad de simbolizar y al proceso secundario. En otras palabras, la forma de funcionar normal se basa en la interacción evolutiva y simbolizante entre inconsciente, consciente y percepciones, entre proceso primario y proceso secundario, enriquecedora de representaciones mentales y de elaboración. Se puede aún expresar diciendo que se caracteriza por relaciones de objeto que en terminología freudiana llamaríamos genitales, y en terminología kleiniana situaríamos en la posición depresiva, lo que en definitiva significa relaciones de objeto generadoras de integración y de evolución, que promueven el desarrollo de capacidades y funciones, y el progreso.

En la forma de funcionar psicótica, bajo la presión de la ansiedad, la percepción de las realidades interna y externa se sustituye por construcciones, imágenes y explicaciones, desconectadas de la realidad y que el contacto con ella no consigue modificar. Se produce, entonces, una pérdida de diferenciación entre soñar y estar despierto, entre consciente, inconsciente y percepciones, entre las realidades interna y externa, y también un dominio del proceso primario. Por eso, en el individuo psicótico –y ahora sí, me refiero al individuo psicótico– la franja de di-

ferenciación, o barrera de contacto, en la que se produce la interacción entre los procesos primario y secundario, entre consciente e inconsciente, y entre la realidad interna y percepción, se ha debilitado o borrado. Como consecuencia, los procesos de simbolización y de aprendizaje de la experiencia se empobrecen, se dañan o se pierden.

Ahora bien, el grado de elaboración y modificación que hayan seguido los funcionamientos psicóticos, y la posición del Yo ante ellos, conforma en gran medida la estructura psicopatológica del individuo. Las formas como el Yo percibe ese funcionamiento psicótico, sus respuestas de contactarlo y elaborarlo, o bien de disociarlo y negarlo, de encapsular o dejarse invadir por él y racionalizarlo, constituye la variedad inacabable de interacciones entre el funcionamiento normal y el psicótico, y produce, en el medio del abanico psicopatológico, lo que llamamos neurosis. Así, cualquier individuo, en su auto observación crítica, puede darse cuenta, extrañarse, sufrir e interrogarse, acerca de sus pensamientos y afectos no coherentes con la realidad, o de sus conductas inapropiadas; las distintas reacciones ante esos funcionamientos, grado de conciencia, forma de interrogarse y de explicárselos, medidas que toma, constituye la gran variedad de formas neuróticas de enfermar.

En cambio, cuando el individuo no se extraña de lo extraño en él, sino que lo siente egosintónico, cree que todo anda bien con él, y construye explicaciones para justificarlo y tranquilizarse, su personalidad está gobernada por su funcionamiento psicótico.

En los niños, y en mayor grado en los pequeños, aún cuando su evolución sea normal, las cosas suceden en forma algo distinta que en los adolescentes y los adultos, debido a que sus procesos de reconocimiento y de diferenciación de las realidades interna y externa están menos evolucionados y afianzados. En realidad, al plantearnos la cuestión de los funcionamientos normal y psicótico, deberíamos considerar al niño junto

con su entorno. En ese entorno, son los padres quienes mayormente ejercen funciones de observación crítica, y son los encargados de reconocer y diferenciar entre las manifestaciones de su hijo. Cuando el niño exterioriza trastornos son los padres quienes se dan cuenta, si sus funciones adultas y paternas son apropiadas. Luego, las medidas que tomen dependerán de la forma como se expliquen el trastorno. Pero cuando los padres no lo toleran, pueden construir explicaciones para justificarlos y negarlos. Entonces, las relaciones de objeto están gobernadas por un funcionamiento psicótico, que por supuesto influye en gran medida en la evolución del niño.

A continuación presentaré tras viñetas clínicas, extraídas del proceso diagnóstico, con la intención de ilustrar y desarrollar lo que he dicho hasta ahora.

Ana

La primera trata de una niña, a la que llamaré Ana, que tiene 9 años cuando consultan un mes de Octubre. Piden hora porque dejó de asistir a la escuela hace una semana. Acuden a la entrevista la madre y la niña. Les atiende una psicóloga del Servicio.

La madre dice: «Hace más de una semana que no asiste al colegio porque allí tuvo como ahogo, como un principio de asma y dolor de cabeza. Cuando va al colegio me tienen que llamar y la tengo que ir a buscar. Estos días ya se levanta con dolor de cabeza muy fuerte, y a pesar de que no hemos dejado los medicamentos sigue el ahogo. Durante el verano estuvo bien; el problema aumentó tres semanas después de empezar el curso. Creo que le da miedo que le coja en el colegio».

Durante la conversación, la psicóloga mira y se dirige tanto a la madre como a Ana, para invitarla a participar, pero la niña, desmejorada, está seria y tensa, y no interviene. Cuando se di-

rige a ella con alguna pregunta. Ana, sin mirarla, contesta monosílabos.

Cuando la psicóloga pregunta por los antecedentes, la madre dice: «El año pasado también pasó una crisis a principios de curso. Al levantarse tenía dolor de barriga y ganas de vomitar. No quería ir al colegio porqué no se encontraba bien, pero con medicación fue cediendo. El año anterior, las evaluaciones le costaban. Las primeras semanas de curso le cuestan siempre. En primero pasó una crisis».

En segundo de parvulario también hubo problemas, pero se medicó y no perdió colegio. Comenzó el colegio a los dos años y medio. Muchos lloros, pasó un período malo. Tomó mucha medicación porque tenía diarreas. Los resfriados con ahogo habían empezado a los dos años. Nos dijeron que era bronquitis asmática de causa alérgica. Tomó vacunas. La hemos tenido que llevar a urgencias varias veces. Yo también tengo dolores de cabeza, de origen hormonal, pero con medicación lo voy trampeando.

La psicóloga conduce la entrevista hacia las manifestaciones de ansiedad directa.

La madre dice: «Creo que ahora ha empezado a tener miedo. Quizá antes también tenía, pero no nos dábamos cuenta. Habla de la muerte. Cuando se encuentra mal, pregunta si se morirá. Pregunta si se morirá alguien de la familia, los abuelos, por ejemplo. Estos últimos días no quiere salir de casa para nada, ni ir a casa de sus tíos, que le gustaba mucho. Está mucho más pegada a nosotros, tiene miedo de que pase algo».

La psicóloga pregunta por el momento en que dejó de asistir al colegio.

La madre dice: «Creemos que todo empezó un día que la señorita estaba enfadada, y le dijo que los deberes estaban

mal. Ella es muy responsable y buena alumna, y es muy sensible y se hundió. Al día siguiente a la hora de ir al colegio, no quería ir, pero la convencimos y fue. En la escuela tuvo ahogo, y ha ido a más, hasta que se negó en redondo a asistir».

Nada más a destacar en el resto de la entrevista.

Poco después, Ana empezó tratamiento con un psicoterapeuta. Los padres continuaron en contacto con la psicóloga. Un mes y medio más tarde, el padre decía que la niña estaba mejor, más contenta, y que ahora, sin que se pudiera decir que tomara el pelo, creía que había algo de utilizar sus problemas. Dijo: «Le empezamos a hablar del colegio, quizá la forzamos un poco».

En una entrevista posterior, los padres explican que la niña habla abiertamente de la muerte. Se muestra aprensiva ante cualquier granito, lastimadura, etc... Quiere que le den medicinas, que llamen al médico por teléfono. Tiene miedo de que le pase algo, o de que mueran sus padres. Cuando está ansiosa, pregunta continuamente. Ha vuelto a dormir con un peluche como hacía de pequeña. En algunos momentos se descontrola, tiene como crisis. Luego pide perdón, necesita que le aseguren que la perdonan. La madre expresa lo desbordada y angustiada que se siente ella misma, no sabiendo como manejar la situación.

Algunos meses más tarde, los padres dicen que Ana ha empezado a ir a la escuela. Por un lado la ven más abierta, pero la describen luchando contra el miedo y la ansiedad con conductas compulsivas y rituales importantes. Antes de ir al colegio, toma como precauciones para tenerlo todo a punto, lo repasa una y otra vez y lo cuenta todo, siempre en el mismo orden. Cada mañana hace el mismo ceremonial; si se equivoca, tiene que volver a repetir todos los pasos. Le toma mucho tiempo, pide que la despierten más temprano. Cuando vuelve del colegio, antes de hacer los deberes, vuelve a repasarlo todo, a

nombrarlo, contarlo. Si se equivoca, tiene también que volver a empezar. Los deberes le toman mucho tiempo. Antes de acostarse pone todo a punto, como necesita que esté para estar tranquila y poder dormir; tomo milimétrico. No tolera que le hablen cuando está con sus obsesiones. Cada día tiene que ensuciar, oler y limpiar algún objeto. Está obsesionada por los temas sexuales, pregunta una y otra vez las mismas cosas, y luego necesita que le aseguren que no está prohibido.

Unos meses más tarde Ana había abandonado estos rituales. La veían más abierta y contenta, pero de vez en cuando volvía a tener ahogo. Interrumpo aquí el relato del seguimiento.

Comentario

Desde el principio de la entrevista, se hace evidente que Ana arrastra, desde el comienzo de la escolaridad, una fobia escolar latente. Para la niña la escuela es un lugar peligroso en el que a ella le va a suceder algo terrible, que le produce ansiedad y que desea evitar. La imagen amenazante que ella tiene de la escuela, su fantasía, no se modifica con la constatación de que sus temores no se cumplen. Solamente se calma transitoriamente, se encapsulan, pero en el siguiente comienzo de curso, cambio o situación difícil, vuelven a emerger. Observamos que un factor importante de esta ansiedad fóbica es la separación de su casa y de su importante madre, o padres, de su refugio protegido, que Ana tolera mal. Para ella, no se trata de una separación transitoria, sino definitiva; la separación equivale a morir o a que mueran sus padres, por eso pregunta si morirá alguien. La escuela, que la separa de esas relaciones de protección regresiva, se convierte, por proyección, en un lugar malo, en un objeto malo, que la ahoga y le produce dolor de cabeza. La madre dice «no quería ir a la escuela porque se encontraba mal», pero nosotros lo entendemos a la inversa: se encontraba mal porque la aterrorizaba la separación para ir a la escuela.

Volviendo a los distintos funcionamientos mentales, encontramos que, estimulada por la ansiedad, Ana construye una imagen terrorífica de escuela, que, aunque ella misma tiene experiencias que la contradicen, no se corrige ni modifica. Se trata de una idea fija, una construcción escindida de la realidad, por tanto una idea delirante. Esa idea fija incluye el sentimiento, en el inconsciente la convicción, de que la separación de sus relaciones regresivas equivale a muerte. Proyectada en el cuerpo, y dramatizada somáticamente en el ahogo y el dolor de cabeza, ha sido encapsulada y negada, con medicamentos.

La madre comparte esa idea fija, delirante, de que la separación equivale a muerte, por eso no ha podido acercarse a la ansiedad y fantasías de su hija, y no la ha podido ayudar a elaborar la separación, en definitiva, la evolución. En lugar de eso, ha calmado su ansiedad, y ha mantenido a raya la de su hija, con medicamentos, contribuyendo a la somatización, y negando su verdadera naturaleza, «trampeándola», como ella dice. Observamos que, en el curso del tratamiento, cuando Ana es más capaz de expresar su ansiedad, y en lugar de crisis de ahogo tiene crisis de rabia y se descontrola, o de ansiedad abierta, la madre tiene también dificultades para controlarse y aguantar.

Cuando Ana hace el esfuerzo de ir a la escuela, necesita controlar la ansiedad que le despierta con rituales obsesivos: todo tiene que estar controlado para conseguir contrarrestar el objeto malo. Y cuando abandona los rituales obsesivos, vuelve a expresar su ansiedad en forma de ahogo.

De todos modos, mientras lo elabora en su tratamiento, su variedad defensiva, el hecho de que ensaye distintas defensas en lugar de utilizar siempre las mismas rígidamente, nos parece un indicativo de posibilidades de movilización y de evolución.

Luego, en el seguimiento, cuando hablan de tomar el pelo, y están prematuramente preocupados por la utilización que su hija puede hacer de la ansiedad, los padres revelan algo más

de su sistema defensivo, que produce el resultado de su poca receptividad al sufrimiento de su hija.

En esta entrevista podemos observar los distintos mecanismos de defensa que Ana y sus padres van utilizando frente a la ansiedad: disociación y somatización, descarga e identificación proyectiva, necesidad de reaseguramiento, control y anulación, etc. El estudio de estos mecanismos nos permitiría, quizá, una catalogación según las neurosis o los cuadros clínicos clásicos. Pero correríamos el riesgo de perder de vista la fantasía delirante, funcionamiento psicótico que permanece, que no se modifica por las experiencias cotidianas, y que requiere un enfoque psicoterápico para abordarlo y modificarlo. Este es, a mi modo de ver, el tratamiento de la neurosis: ayudar al individuo que no es un psicótico ya que conserva en buena medida un intercambio sano con la realidad, a abordar sus funcionamientos psicóticos.

Berta

Mi segunda ilustración clínica es acerca del problema de Berta, muchacha de 15 años en el momento de la consulta. Los padres acuden solos a la primera entrevista. La psicóloga que los recibe anota: «Dicen que les preocupa el carácter de su hija». Los padres continúan: «Es exigente consigo misma y con los otros. Nada le parece bien, todo lo critica. No está conforme consigo misma ni con nada; siempre descontenta. Debería ser la mejor en todo, y aún así no estaría contenta. Es alumna de excelentes, pero no se conforma. Está siempre de mal humor, anda de malas caras y dando chascos. Cuando sale, va a pasear o a comprar, anda también enfurruñada con la gente. Tiene pocos amigos, porque para ella todo está mal; por menos de nada los considera imbéciles. No soporta que sean amigos entre ellos y salgan; ella quiere estar en el medio. Por eso anda siempre frustrada; se cierra en su habitación y lee mucho. Pasa la mayor parte del tiempo allí».

La psicóloga pregunta desde cuando observan todo esto.

«De pequeña se arreglaba sola, rechazaba la ayuda. Durante un tiempo se despertaba por la noche llorando; tenía pesadillas, soñaba que su padre era uno de los malos, y que su madre no la podía ayudar. Al ir a dormir tenía miedo. Las otras cosas, caminar, hablar, etc. fueron todas bien. Ella tiene ganas de venir. Quiere que le digan qué carrera debería seguir».

La psicóloga pregunta por el embarazo y el parto.

La madre dice: «Sufrí mucho, porque había tenido varios abortos y tenía mucho miedo. El último era una niña que nació a los cinco meses. Estaba muy angustiada, insegura».

El padre dice: «Nació con un lagrimal obturado, o algo así, y se le infectó».

La madre sigue: «Tenía miedo de que no quedara bien, de que se le deformara la cara. Se perdió la lactancia. Los primeros meses no pude disfrutar en absoluto de tenerla, le veía hacer muecas, y gestos raros. Luego me fui tranquilizando y ví que todo iba bien».

Los otros datos no destacan.

La psicóloga cita a Berta para una entrevista. Le pide que hable de ella. A la muchacha le cuesta mucho empezar, no sabe qué decir. La psicóloga le da ideas generales: intereses, tiempo libre, amigos, etc...

Dice que está en BUP y que no sabe qué carrera escoger, aunque sabe que quiere estudiar.

«Me gustaría medicina, dice, pero soy demasiado impresionable. Las heridas, accidentes, enfermedades, atracos y esas

cosas me impresionan mucho, y luego me dan vueltas por la cabeza; no me las consigo sacar y sufro mucho. Mis amigos me dicen que me conviene una carrera técnica, porque me hicieron un test y salió muy alto, pero no se sí sirvo para eso. Siempre creo que todo lo hago mal y me siento inferior. Los deportes no me gustan porque creo que lo hago mal. Tampoco me gusta que me pregunten en clase, que todos oigan lo que digo. Prefiero contestar por escrito. No me gusta destacar en algo, ser de las mejores, se crean envidias. No me gusta hacer sentir mal a los otros. Me gustaría que todos fuéramos iguales, que a todos nos fuera bien. Me gusta sentarme con mis amigos a charlar. Antes tenía una sola amiga, pero luego te quedas muy sola. Ahora dibujo para entretenerme, y me va muy bien».

La psicóloga le pregunta por su manera de ser, como se ve.

«Simpática, y con mal carácter, mal humor. Pero no molesto a la gente, me voy y me encierro. Me enfado conmigo misma por ser así. Me dicen que soy perfeccionista; tengo muchos complejos, me veo defectos».

La psicóloga le dice que se ha observado a sí misma y que se da cuenta de mucho de lo que le pasa. Se da cuenta de que es su mal humor, o sea, algo que sucede dentro de ella que la tiene descontenta, lo que le interfiere la buena relación que ella quisiera tener con sus amigos. Puede tener que ver con lo que llama complejos, imágenes de sí misma que no le gustan. También ve que el miedo, la aprensión, le dificulta para escoger una de las carreras que le gustarían, y que, aún teniendo pruebas –sus resultados en estudios, los tests– de que es capaz para los estudios técnicos, ella no se lo cree.

Berta dice que sí. «Sufro más ahora que antes; veo que no voy bien, que cada día estoy más sola; cada día lo pienso más».

Comentario

Berta comunica enseguida el trasfondo de su problema vital y vocacional: es aprensiva, impresionable, y siente que no sirve y va a fracasar, a pesar de sus excelentes resultados escolares.

La carrera que desea estudiar, medicina, se halla comprometida por su aprensión y miedo, en realidad fobia, frente a las enfermedades, accidentes y atracos. El hecho de que incluya los atracos, riesgo no siempre relacionado con la medicina, hace más evidente que se trata de un temor fóbico. Sugiere que, en su mente, existe una constante situación de emergencia, que ella proyecta en los accidentes, enfermedades o atracos, que se convierten en objetos persecutorios para ella, a los que, por tanto, no puede acercarse. Pero cuando piensa en una carrera técnica, alejada de esos peligros, la detiene el sentimiento de no ser capaz, a pesar de su test alto y de sus buenos resultados escolares. Se trata también de un temor fóbico. En estos temores descubrimos, como en Ana, la fantasía, el contenido mental-idea fija, delirante, que los datos de la realidad no consiguen corregir: la convicción de que se va a producir un accidente, su fracaso, que va a revelar que ella no era válida, que no fue capaz de satisfacer a la madre.

En la primera entrevista, la madre relacionó su sufrimiento durante el embarazo con los abortos que tuvo antes, sugiriendo temor a que se repitiera el accidente en este embarazo. A pesar de que pudo constatar que su miedo era esta vez infundado, la madre no se fue tranquilizando, sino que lo transformó en el temor de que su hija «no quedara bien», fuera anormal, estuviera deformada, temor que parecía confirmarse en la infección del lagrimal, y en los movimientos faciales normales del recién nacido, que ella veía como muecas y gestos raros. Descubrimos aquí la idea fija, delirante, que las pruebas de realidad de que el embarazo se desarrolla normalmente, y que su hija está sana y progresa bien, no corrigen. Esa idea fija no la dejó disfrutar de la niña normal que tenía y le interfirió al amamantarla.

¿Qué relación tiene el pequeño delirio de la madre, su funcionamiento psicótico, con el pequeño delirio actual de la hija? No lo sabemos. La ansiedad estimula en ambas una fantasía que expresa el miedo a la catástrofe, la anormalidad, el fracaso, y esa fantasía queda fijada como una idea delirante, que no se corresponde con la realidad, y que no se modifica por las experiencias que la contradicen. Pero madre e hija se dan cuenta de esa idea fija, y toman una posición hacia ella. La madre recapacita a posteriori, y se da cuenta de que el accidente no se había producido, y de que era ella quien veía cosas raras. La hija comunica que, aunque le den pruebas –notas, resultados de tests– de su capacidad, ella sigue con la idea fija, a la que llama «complejos», su sentimiento de incapacidad, su temor de que va a confirmarse el «accidente», el fracaso. Esta amenaza constante está relacionada con su malhumor, con su descontento.

Además, cuando Berta, que necesita ser la mejor para tranquilizar su temor, su convencimiento, de ser un fracaso, dice que no le gusta destacar porque se crean envidias, y que no le gusta hacer sentir mal a los otros, expresa sentimientos complejos: de una parte, sensibilidad e intuición hacia los sentimientos de los otros, que surgen del conocimiento de sus propios sentimientos, y de la otra, miedo a las envidias de los otros, que se basa también en su captación de la cualidad de sus propios sentimientos de envidia. Muestra así su capacidad de contacto con su propia realidad y con la realidad externa, la de los otros. Todo esto nos hace pensar que se trata de un problema neurótico, en el sentido de enfrentar y observar su funcionamiento psicótico, y no estar dominada por él. Podemos imaginar que, si fuera así, en lugar de darse cuenta de que el problema está en ella, lo proyectaría y se sentiría marginada por los otros.

César

Mi tercera viñeta clínica es sobre el diagnóstico de César, que tiene 16 años cuando consultan por problemas con los estudios. Los padres vienen solos a la primera entrevista.

El padre dice: «De pequeño era muy inquieto, y tenía terrores nocturnos. Es tímido, introvertido, siempre ha tenido rendimientos bajos. Le cuesta la relación con los muchachos de su edad, y con los adultos. Es susceptible; adopta actitud de pasar de todo; quizá es una autoprotección. Va siempre a su aire, solitario. Los compañeros a veces se meten con él. Demasiado dependiente para su edad. Es pacífico, rehuye las situaciones agresivas, pero está obsesionado por los temas de violencia, la ETA, el IRA, y por los sucesos. Llega a ser algo morboso».

La psicóloga pregunta por otros rasgos del carácter.

«Es acobardado, no se atreve a dar la cara. Cuando hicieron tests en la escuela dijeron que era inteligente. Es un problema de actitud. Tiene sentimientos de inutilidad, o de que nada le sale bien; se bloquea. Y como contradicción, a veces se pone chulo, quizá para defenderse. El quisiera tener pautas de conducta, que todo estuviera reglamentado, aprender las reglas, y en esta forma saber como funcionar».

La madre dice: «Dice que, por la noche se despierta y tiene tanto miedo que no se atreve a moverse. No puede ni encender la luz y levantarse. De pequeño tenía miedo a muchas cosas: a la oscuridad, al agua, llegaba a enfermar».

De la siguiente entrevista, con César, la psicóloga dice:

«Entra serio, con cara de preocupado; lento, un poco encogido. Cuando le propongo que hable de él, dice que antes tenía dificultades con los amigos; ahora no, ahora le va bien, cada vez le va mejor».

Y añade: «Imagino que éste es un punto sobre el que le deben haber insistido y que por eso lo enfoca defensivamente, y le digo que quizá piensa que voy a valorarle según su relación con sus amigos y que esto le preocupa... Dice que no, que tiene amigos y lo pasa bien. Más tarde dice que él es tranquilo, pero

sus amigos le dicen que es serio, y a veces lo encuentran extraño, porque le gustan los animales, y a ellos les gustan los deportes, la música. «A ellos les hablo de tenis, dice, pero no me interesa... es largo... Cuando bromeamos si que...». No termina la frase.

Comentario

Con su descripción, los padres sugieren un muchacho dominado por una realidad mental extraña, escindida de la realidad exterior, regida por la violencia de los otros, con intereses distintos, por lo que no puede intercambiar con ellos. Vive solitario, aislado, y se siente incapaz, inútil. Como que no comprende el funcionamiento del mundo de los otros, el muchacho desea pautas para amoldarse a ellas y saber por donde andar, por donde esperan los otros que ande. No consigue elaborar el terror que siente, a través de un sueño o de una pesadilla, sino que se despierta y queda paralizado. Sugiere un contenido mental, una fantasía que lo aterroriza, pero en estos fragmentos clínicos no encontramos elementos suficientes como para concretarla.

En la entrevista, César, al principio, se muestra defensivo; trata de que la entrevistadora no entre en su mundo diciendo que cada vez le va mejor, y que lo pasa bien. Sin embargo, poco después, hablando de sus intereses y los de sus amigos, expresa su sentimiento de que su mundo es muy distinto del de los otros, y que le encuentran serio, lo cual es un eufemismo, extraño. Su forma de intentar contacto, o al menos de congraciarse, con el mundo de los otros, hablando de tenis a pesar de que le aburre, es patética.

A pesar de la seriedad del problema de César, entendemos que la función psicoterapéutica que se le puede ofrecer consiste en explorar su realidad interna, con la ayuda de sus expresiones y comunicaciones, para ofrecer elementos de diálogo con

el pensamiento y forma de elaborar la experiencia del terapeuta. Los funcionamientos psicóticos de César, fantasías encindidas de la realidad, han permanecido sin que otras experiencias los modificaran, por tanto pensamos, que sin esa ayuda, continuarían en su mente sin evolucionar, con el papel de elementos extraños en sus relaciones con los otros e interfiriendo su integración.

Referí al principio la diferenciación que propone Freud entre neurosis y psicosis. Sugiero que, en el funcionamiento psicótico, el Yo se encuentra en conflicto, y con distintos grados de ruptura, tanto con la realidad externa como con la interna. Las defensas utilizadas frente a la ansiedad excesiva y mal tolerada, sustituyen el contacto con la realidad por construcciones deformadas destinadas a suprimirla. En el funcionamiento normal, por el contrario, a pesar de la ansiedad, se conserva el contacto y la percepción de la realidad.

En mi punto de vista, no existe un funcionamiento específicamente neurótico. La psicopatología se organiza según las distintas formas en que el Yo trata con los funcionamientos psicóticos, y según la cualidad de estos. Los mecanismos de defensa, obsesivos, de control, de conversión, disociativos, etc., son algunas de las formas de tratar con la ansiedad, con el objeto malo, amenazador, con la situación traumática, pero no pueden categorizarse como neuróticos o psicóticos, ya que su cualidad depende del conjunto. Por eso aunque no percibo un funcionamiento propiamente neurótico, estoy de acuerdo en hablar de organizaciones neuróticas, cuando el individuo se las arregla con su funcionamiento psicótico para no ser un psicótico.

Delia, 17 años

Pide hora y viene sola, a pedir orientación para sus estudios. Entra sonriente. No sabe si elegir psicología, o una carrera técnica. El padre le insiste en esta última. Siempre ha sido muy

buena alumna. Cree que quiere complacer al padre, quien ejerce una carrera técnica, pero le molesta guiarse por esta razón.

Se describe como tímida. «La gente no me rechaza, pero me gustaría ser alegre, llamar la atención, dice. Tengo una sola amiga, los otros son compañeros».

La psicóloga dice: «cuando le pregunto si cree que ha venido para decidir estudios, o cree que, un poco también, ha venido por ella misma, se emociona, llora durante un rato. La veo deprimida, decaída. Dice que este año está menos motivada. Los estudios le cuestan más.

«Lo paso mal. Quisiera tener amigos. Me encuentro tonta... pero es contradictorio, a veces me veo muy inteligente, casi extraordinaria. Mi madre es alegre, su carácter domina en casa. Mi padre es tranquilo, cuando está en casa se cierra a trabajar, y como afición estudia psicología, enfermedades mentales. Mi hermano, que es mayor que yo, estuvo muy mal y tuvo que ir al psiquiatra. Tengo un primo que tuvo algo esquizofrénico, pero se puso bien. Pero no creo que todo ésto tenga nada que ver... A veces le hecho la culpa a la gente de que yo esté así. Te ven mal y no te ayudan. De pequeña era tímida, refugiada en mis padres, pero era normal. Tenía miedo. Ahora también tengo miedo, sobre todo a las arañas».

La psicóloga dice: «Me habla de una pesadilla, que se le repite, sobre una araña, pero, por lo que dice, no parece claramente un sueño, sino más bien una fantasía terrorífica o una mezcla de pesadilla y fantasía; tiene un matiz delirante. Se trata de una araña que va aumentando de tamaño y que ella ve cada vez con más detalle, y que le da cada vez más miedo. Pero sabe que si no se mueve, no le pasará nada».

COLOQUIO

Fernando Cabaleiro (Madrid). Confirmar un poco si entendí bien lo que me parece ser el meollo de tu presentación, llena de casos clínicos y por tanto de cuestiones interesantes, pero que también hay algo que querías transmitir y quería saber si entendí exactamente. O sea, tu planteamiento es de un continuum entre la psicosis y la neurosis, lo que normalmente se entiende por psicosis y por neurosis; simplemente hay una modalidad defensiva que en último término se trataría de la consciencia que el Yo puede tener de una compulsión a la repetición y no una egosintonía, en el sentido de una falta de percepción yoica de lo que es el mundo interno del proceso primario. ¿Sería *ese fenómeno de extrañeza ante lo que está sucediendo lo que nos daría la posibilidad de hablar de neurosis?*

Eulalia Torras (Barcelona). Mi problema era si yo conseguiría hacerme entender; también otro problema era si, tratando de no ser demasiado extensa, conseguiría que las situaciones clínicas que presentaba se entenderían. Mi tercer problema era que no se pensara nadie que yo consideraba que la persona que le suceden cosas raras y se extraña de sí misma está delirando sino que hay unos puntos.

La forma como el Yo, el individuo por decirlo así, observa eso que sucede en él, el hecho de que se dé cuenta de que en una determinada situación tiene miedo, «bueno, y porqué tengo miedo si no pasa nada» y, de todas formas, sigue teniendo miedo (esto es muy común, muy de la vida cotidiana). Esta chica, por ejemplo, que dice –«creo que no valgo nada– y tiene la

constatación constante, porque la necesita tener y la crea todo el tiempo, de que vale mucho pero está tan preocupada con que va a fracasar y se va a encontrar accidentes en todas partes que aquello a ratos se hace dominante, entonces anda de malas caras y de portazos o de aislarse y otros ratos, en cambio, puede venir a la consulta y hablar como habla, con una capacidad de autobservarse y de transmitirse y de sinceridad muy grande. Yo pondría ahí la cuestión: ¿Qué consciencia se tiene –o diría más incluso– hasta que punto se aguanta la consciencia del problema?, Porque hay momentos (por ejemplo, en la niña o en Carlos) en que hay consciencia (–«dicen que soy extraño»– pero luego esto no puede funcionar más porque no se atreve a conservar el contacto. Este muchacho tampoco es un psicótico, es un muchacho extraño (también lo podríamos llamar borderline), con una evolución comprometida, pero que los momentos de contacto que tiene con él (–«a mi me sucede algo»–), que necesitaría ser atendido enseguida, los suprime a pesar de unos padres que (no sabemos que ha pasado en las relaciones anteriores, en la pequeña infancia) son sensibles, que lo han observado, que quieren ayudar; no unos padres como la madre de la primera niña, de Ana, que se ha pasado desde los 2 años a los 9, siete años, medicándola y manteniendo encapsulada una situación, aguantando un equilibrio frágil que en un momento dado se resquebraja y se cae todo.

Quizás hay otra forma de transmitir ésto. Pienso en el continuar tal como tú dices... *Pero hay una especie de punto de ruptura, no nosológico, pero si estructural o dinámico que consiste en funcionar en una forma o funcionar en otra,* tener una determinada actitud y, por lo tanto, tomar medidas de un tipo o de otro que cambian completamente las posibilidades del individuo. Por ejemplo, los padres de esta niña primera, si hubieran tenido otra actitud distinta, menos miedo, otra capacidad de observarse respecto a la propia psicosomática de la madre, seguramente hubieran tenido otra actitud con respecto a la niña y entonces, el estado de cosas, el estado mental de la familia y el estado mental de Ana hubiese ido por otros derroteros.

Juan Manzano (Ginebra). Yo quiero intervenir ahora porque creo que has resumido muy bien; contrariamente a lo que tú pareces creer, está muy claro lo que has dicho, yo lo he encontrado muy preciso y muy bien ilustrado. Eso permite entrar directamente en un debate. El debate es el siguiente desde mi punto de vista:

Yo comparto la concepción esencial que tú estas defendiendo ahí y por eso las preguntas que te hago son verdaderamente preguntas que yo me hago también a mí mismo. Te las voy a hacer de manera. Cuando tú estás describiendo el funcionamiento neurótico como un equivalente del funcionamiento psicótico sólo que hay una parte normal que la trata de una manera distinta, en realidad, desde mi punto de vista, estás describiendo nosológicamente lo que Kernberg llama funcionamiento Borderline, y no el funcionamiento neurótico.

Lo que llama Kernberg descriptivamente el funcionamiento borderline es, casi con las mismas palabras, lo que tú estás diciendo; es decir, se trata de defensas, –él dice también defensas psicóticas– pero contacto con la realidad. Esa sería una diferencia entre el borderline y el psicótico. Pero él dice también que se diferencia del neurótico y es ahí donde, a mi juicio, hay algo que este modelo, el modelo Kleiniano, nos deja siempre algo aquí oculto. Porque tu has escogido muy bien los casos, pero ¿y si hubieras cogido, como parecía la primera una verdadera histeria, una neurosis de conversión?, estamos ahí un poco más liados para utilizar este modelo que yo resumo: Hay una parte del Yo que tiene un funcionamiento psicótico y, sobre todo tiene un pensamiento psicótico, es decir una fantasía inconsciente delirante; y hay otra parte del Yo, –es decir, es un modelo del clivaje–. Y es en la medida en que predomina una parte sobre la otra y la proporción en que predomina lo que va a dar el que sea más psicótico o menos psicótico, el continuum que hablaba Fernando Cabaleiro.

Pero vuelvo a la pregunta; si tomamos un caso verdaderamente de histeria, en el cual no existe la más mínima conscien-

cia del problema –que es uno de los puntos que yo discuto–. *La consciencia de que hay una parte anormal o no egosintónica no me parece en absoluto ser discriminativa de una forma clínica u otra.* La esquizofrenia delirante tiene esta consciencia, en muchos casos un esquizofrénico sabe que le están pasando cosas muy extrañas, te da una explicación, pero a veces ni siquiera la da, –le pasan cosas literalmente– dice literalmente. O sea que la consciencia, la capacidad del Yo, de la parte clivada del Yo, no permite, a mi juicio, hacer una diferenciación entre una cosa y otra.

Si resumo el fondo del debate, lo que quiero decir es que este modelo no es completamente comprensivo. Los casos que tú has descrito se ajustan muy bien pero no permite generalizarse al conjunto de lo que se llama patología neurótica. Una sola cosa más. En ningún momento has pronunciado el término represión, en ningún momento y por eso utilizo exprofeso el modelo de la histeria.

Eulalia Torras (Barcelona). Bueno, yo admito que hay otras formas de concebirlo y que a mí me haría falta tomar otros ejemplos clínicos y verlos con detalle. Porque por ejemplo, esto ya es algo tan dicho y redicho: las histéricas o las neuróticas o los neuróticos, los casos clínicos cortos y largos de Freud que han sido muy discutidos en el sentido de que se trata, ¿se trata de neurosis?, ¿se trata de borderline?, ¿se trata de casi-psicosis?, ¿de qué se trata?

Esto se ha discutido mucho y los casos de Melanie Klein lo mismo, –cuando ella habla del niño Dick, y de otros niños, muchos de ellos no los ven como muy graves–. ¿En qué consiste ser neurótico, borderline o psicótico? ¿en mayor o menor gravedad? ¿en estructuras distintas? ¿en dinámica distinta? ¿en mecanismos de defensa distintos? A mi modo de ver habría que tomar casos clínicos y si no yo no se continuar. La opinión que tú das, me la he planteado y no he sabido seguir por allí, simplemente.

Porque un histérico, o una histérica, puede tenerse que colocar dentro de la idea de neurosis pero puede ser que la coloquemos más dentro de la idea de psicosis o dentro de la idea de borderline, de modo que en este sentido, en ese continuum que decía el Doctor Cabaleiro a mí me parece que lo de decir histérica como lo de decir neurosis obsesiva, psicosis obsesiva, los mecanismos de defensa obsesivos, los mecanismos de defensa en sí a mi modo de ver en todo caso haría falta nombre y apellido para saber de que hablamos.

Por una parte está este hecho, el de ser necesaria una clínica. Pero por otra parte, ¿cual es el mecanismo? La forma de funcionar psicótica a mi me parece que se puede definir, se pondrá el énfasis en una cosa o en otra pero se puede definir. En cambio la forma de funcionar neurótica ¿cual es? Yo revertiría la pregunta y le preguntaría al Doctor Juan Manzano, le pediría que describiera una forma de funcionar neurótica, ¿cual es?... Porque no es la disociación, tampoco es la represión, no es un mecanismo de defensa. La represión, usamos todos represión, es necesaria para la evolución, para la atención, es un mecanismo de defensa normal. Lo que pasa es que no siempre está usado de una forma normal.

Entonces, ¿cual es la forma de funcionar neurótica? La persona que consigue mantener o recuperar el contacto con la realidad con momentos de pérdida cuando la ansiedad es muy fuerte y estimula formas de fantasía, formas de funcionamiento mental, más gobernadas por la ansiedad y por los aspectos primitivos, ¿es neurótica?

Entonces yo repito la pregunta, me gustaría que el Doctor Manzano describiera lo específico del trastorno neurótico, del funcionamiento neurótico.

Teresa Olmos de Paz (Valencia). Tú cuando hablabas de un funcionamiento psicótico y un funcionamiento normal, has mencionado a Bion. Yo hasta donde conozco a Bion él ha defi-

nido las partes (psicótica y neurótica) de la personalidad, de manera que aquel que tiene un funcionamiento psicótico es el individuo que vive en identificación proyectiva y quien funciona con predominio de parte neurótica de la personalidad es quien funciona con el mecanismo de la represión y con la disociación o splitting al servicio del self. A la vez, Bion hablaba de psicosis sana y de psicosis insana, en ese idioma cargado de penumbra asociativa que él tenía, y prácticamente la psicosis insana son los psicóticos clínicos y la parte psicótica de la personalidad y aquí va mi pregunta pareciera que en muchos momentos se acercaría a lo que Melanie Klein describió como angustias psicóticas en el niño. Me gustaría saber que piensas tú alrededor de eso.

Hay otra pregunta que quisiera hacerte, porque me parece que una palabra que no has nombrado en ningún momento es *conflictividad.* ¿Qué importancia le das a la conflictiva edípica en el niño, como se ubica el niño frente a la conflictiva edípica, frente al objeto total o frente al objeto parcial?

Y la última pregunta que quería hacerte es que has hablado mucho de ideas delirantes. A través de los tres casos clínicos, ¿que diferencia habría entre ideas delirantes y fantasías inconscientes?

Eulalia Torras (Barcelona). Pues de las dos primeras preguntas no sé contestar nada, esta es la primera respuesta, no sé contestar nada, no he repasado a Bion para venir y haría lo mismo que con el Doctor Juan Manzano pues que lo explique Teresa Olmos dado el caso que tú habrás pensado más en lo que has recogido de Bion. Entonces sería mejor que lo explicaras porque diría lo mismo de antes: diría «vamos a tomar casos clínicos» pero sólo lo sé mirar partiendo de la clínica, lo otro es la forma de elaborar teóricamente la clínica, o sea, la forma como uno conceptualiza la clínica.

Antes no había usado la palabra represión, es cierto, y ahora no he hablado de la conflictiva edípica, es también cierto. Pe-

ro a mí me parece que la conflictiva edípica se elabora o no se elabora, o sea, queda estancada, sin elaborarse, sin progresar, sin modificarse; o se elabora y progresa y evoluciona y la relación con los otros va teniendo más madurez y capacidades más integradas. Pero la conflictiva edípica existe a todos los niveles, en el sentido de que la forma de tratar el individuo con la pareja en el fondo de su mente o de sus experiencias con la pareja de los padres, es muy distinta según se trate de alguien más grave, con más contacto con lo que le sucede o de alguien más evolucionado, con más capacidad de integración de la relación con los otros y de permitir a los otros relaciones o de permitir a sus padres en su mente relaciones más libres, más creativas, más evolucionadas.

Entonces diría que la conflictiva edípica para mí se sitúa en cualquiera de los niveles en que lo queramos tomar (o la negación de la conflictiva edípica, por supuesto).

Ahora, la tercera de las preguntas sí que la puedo explicar más, mi forma de conceptualizarlo, mi forma de entenderlo. A mi modo de ver la fantasía inconsciente, por supuesto, es algo que existe siempre y que en psicoanálisis y en psicoterapia tratamos de ayudar al individuo a saber el máximo posible de ella, de sus fantasías inconscientes o sea, de sus estratos inconscientes, –se les ha llamado de muchas maneras–, de sus contenidos mentales e inconscientes, de sus fantasmas inconscientes, etc... saber el máximo posible de ello, de cara a entender mejor sus relaciones con la realidad externa, consigo mismo y con los otros, es decir, de cara a entender la relación de objeto interna o externa. Ahora, he tratado de decir que consciente e inconsciente, dialogan, interactúan y se modifican todo el tiempo y en eso consiste el progreso, la simbolización, las capacidades de aprendizaje y que en este consciente-inconsciente que dialogan, que interactúan, influyen también las percepciones, la percepción de la realidad. Sabemos que la compulsión de repetición consiste justamente en eso, que por muchas veces que

se demuestre que algo no va, se sigue repitiendo lo mismo, porque no se corrige el motor fantasía impulsora de aquello.

Entonces, una fantasía inconsciente, puede hacerse consciente, pero estar mal conectada con la realidad, no corresponder a la realidad y a pesar de todo dominar la conducta del individuo y su forma de vivir y de relacionarse y su conducta. Entonces, a mi modo de ver, eso es una idea delirante, delirante la uso en este sentido, en el sentido de que es un pequeño delirio, es un punto en el cual no se está teniendo en cuenta la realidad.

Yo diría que fantasía inconsciente son esas fantasías, a las cuales no tenemos acceso; y otra cosa distinta es cuando están reprimidas pero son asequibles, no les estamos prestando atención pero son asequibles, no son conscientes en un momento dado pero pueden serlo, Es diferente cuando se convierten en una idea delirante, que sería como un producto del proceso primario pero convertido en realidad.

Luis Martin (Madrid). Yo, en la línea de Juan Manzano, creo que es verdad que la clínica interroga a la teoría. Pero también es al revés; que la teoría también tiene que interrogar a la clínica y en el título de este congreso «Los trastornos neuróticos del niño» nos metemos de lleno en un debate y en una controversia extraordinaria entre dos concepciones que se oponen radicalmente. Dos concepciones que tienen que ver con el problema del psicodiagnóstico infantil y con el problema del tratamiento infantil, del tratamiento psicoterapéutico, psicoanalítico. Estas dos concepciones tienen que ver además con el concepto de neurosis infantil, y ahí nos encontramos con posturas radicalmente diferentes. Por un lado, el concepto de *neurosis infantil* puede ser entendido simplemente como algo que tiene que ver con la neurosis del adulto, con la neurosis de transferencia; la neurosis infantil se entiende desde el análisis del adulto. Otra cosa distinta son los *trastornos neuróticos del*

niño. Por eso hay autores que radicalmente diferencian la neurosis infantil de los trastornos neuróticos del niño.

La neurosis infantil, ¿es la regresión a un punto de fijación anterior al conflicto edípico? o por el contrario, desde una concepción Kleiniana, se trata de una huída hacia delante ante los conflictos arcaicos? La neurosis infantil, ¿tiene que ver con una gestión de un núcleo psicótico subyacente más o menos buena? o ¿no sería más adecuado hablar de trastornos neuróticos diferenciados en tanto que neuróticos? Y, en definitiva, la pregunta que me parece más importante sería ¿qué es el psicoanálisis infantil?, ¿es el tratamiento de la neurosis infantil en el mismo momento en que se está organizando o se trata de una cosa completamente distinta?

Estas preguntas son las que pueden introducir un debate que nos puede enriquecer a todos desde nuestras distintas posiciones: por un lado, porque interroga la clínica pero, por otro lado, porque está en juego también una concepción teórica que es interesante esclarecer.

Eulalia Torras (Barcelona). Yo diría que miro el diagnóstico desde otro ángulo, desde un ángulo que me va bien para la clínica y que trata de ser lo más detallado y lo más cuidadoso posible pero que estoy más preocupada por entender la dinámica de un funcionamiento y que es lo que hay que aportar desde el ángulo terapéutico para modificarlo a otro funcionamiento más evolutivo, en el cual no se estén quedando detenidas posibilidades de ese niño, o de un grupo familiar.

Tú planteas la cuestión de la neurosis infantil y de los trastornos neuróticos en el niño, a mi modo de ver son dos cosas bien distintas.

Ahora, ¿qué es lo que tiene que ver el tratamiento en ésto? A mi modo de ver si uno recibe a un niño y, a través de la exploración (que serán entrevistas, dibujos, juego, etc.), uno va

conociendo al niño y va viendo qué tipo de mundo ha organizado ese niño, qué tipo de realidad interna ha organizado, qué ha hecho de lo que ha introyectado, qué ha hecho de sus relaciones con los otros, en qué forma funciona, qué cosas funcionan en este mundo interno, qué contactos con la realidad conserva, qué capacidades ha podido desarrollar, qué otras capacidades, en cambio, están muy comprometidas (por ejemplo, en el caso de Berta, la medicina y las enfermedades están comprometidas como consecuencia de ansiedades que se tienen que disociar). Una vez uno se ha hecho esta idea, *yo lo centraría en la relación de objeto,* en el sentido de cómo se relaciona con el exterior, con la gente de su entorno, qué quiere decir, cómo se relaciona conmigo, etc.

Una vez he explorado mejor esta realidad del niño, sus relaciones objetales, su realidad interna, de qué está poblado su mundo interno, su realidad interna, etc... entonces es cuando tenemos posibilidades de elegir qué es lo que yo debo ofrecer a este niño para que todo esto se organice mejor y todas las pérdidas que él tiene en este momento, tanto de bienestar como de relaciones con los otros y, sobre todo especialmente sus relaciones de objeto y sus capacidades, sus funciones.

Dentro del tratamiento, yo estaría más interesada en explicarle como él se relaciona con los otros, es decir, en qué forma ve a los otros, con lo cual estoy explicando, de momento de un modo parcial qué es lo que proyecta, es decir, en qué convierte a los otros con sus proyecciones. Como forma de que este niño, en lugar de estar completamente convencido con aquellas relaciones, tal como las vive, consiga separarse un poco más, aumentar su capacidad de observarse, darse cuenta de que las cosas no son como las está viendo y que lo que es proyectado se reconozca más como proyección, como elementos del propio individuo, como elementos de su pensamiento, de su fantasía, de sus sentimientos, de su amor, de su odio, etc...

Diría que esta forma de pensar en el tratamiento (que no creo que sea mía, sino que la compartimos en muchos aspectos o con muchas personas), la forma de entender, es decir, *el hecho de describir el funcionamiento mental del niño y sus relaciones más que no ponerle un determinado nombre* me interesa mucho más.

Marta Peral (Madrid). *A mí sí me parece importante el diagnóstico,* no sólo para clasificar, sino porque a mí me parece que permite entender mejor al niño. Desde mi modelo de referencia, desde mi modelo conceptual, en que doy vital importancia a la génesis y evolución de la relación de objeto manifestada a través de la expresión de diferentes ansiedades básicas y diferentes mecanismos defensivos a lo largo de la evolución del niño, sí me parece importante para poder entender al niño, el momento psicogenético en que se produce el trastorno y la predominancia de una u otra ansiedad básica.

Tomando los ejemplos que tú has puesto, Eulalia, el primer cuadro que tú planteabas, el de la niña, a mí me parece que *esa niña tiene una predominancia de una ansiedad de separación,* de una ansiedad de pérdida de amor del objeto, con un cuadro que se genera en el segundo año de vida, con dificulta des de individuación de la madre en pleno período de individuación-separación, de Margaret Mahler y que a mí me llevaría a situar a esta niña *más en un trastorno borderline que en un cuadro neurótico.*

A mí me parece que la adquisición o no de una constancia de objeto, que lleva a poder elaborar y tolerar las ansiedades de pérdida y la entrada en una posición edípica que lleva a lo mejor a una predominancia de una ansiedad de castración, en contra de unas ansiedades más regresivas, como puede ser de pérdida de amor o, ya en estados psicóticos, confusionales o persecutorias, sí hacen una graduación diagnóstica y una diferencia entre unos trastornos y otros.

René Henny (Laisanne). El problema que plantea este congreso me parece interesantísimo, en el sentido de que como la Señora Torras, yo no sé muy bien *qué es la neurosis del niño.* Me parece que, en la fase de latencia, unos fenómenos sintomáticos de tipo ansiedad, conversión histérica y fenómenos tics o fenómenos compulsivos, *siempre tienen una coloración psicótica.*

Es por este motivo que *estoy de acuerdo con la Señora Torras en su posición francamente antinosográfica. El problema es que debemos enseñar la psicopatología y debemos pasar por esta semiología.*

Sin embargo, me gustaría hacerle una pregunta a la Señora Torras. Primero quiero hacerle una observación, me parece siempre problemático hablar de nuestros enfermos en términos de clivaje, o dispersión, o extrañamiento. Una parte neurótica, una parte psicótica, una parte perversa, una parte débil; en fin: esto, a nivel de nuestro lenguaje, me parece quizás abusivo; siempre se trata de un cuadro original, todas tienen una organización que comprenden todas estas partes, estas partes constituyen un todo, una estructura funcional, la cual se manifiesta en la relación con los otros.

Me parece difícil, en un congreso que reúne a psiquiatras, utilizar una semiología psiquiátrica desplazada a nivel de nuestra semiología psicoanalítica. Sí, Melanie Klein nos ha dado el ejemplo, me gustaría simplemente saber ¿considera usted como idea delirante el miedo que puede tener una chica de una araña en su habitación? Un caballo, por ejemplo ¿era para Juanito una idea delirante?, el miedo de manipular este micro ¿es, por mi parte, una idea delirante?

Eulalia Torras (Barcelona). Mi respuesta, mi comentario más bien, sería, si es una jovencita en su habitación y con una araña, yo diría que ese no es mi paciente y que no lo sé. Ahora bien, si es mi paciente, entonces yo tendría que conocer más,

saber más cosas y en ese caso trataría de saber cual es la idea que se corrige por la realidad, qué hay detrás de esa araña. Porque, por ejemplo, esta jovencita puede ser que haya sido picada por una araña y haya estado a punto de morirse, entonces si tiene una araña en su habitación y además se parece a aquella otra, no es que está delirante, es que tiene toda la razón de tener un miedo terrible.

En cuanto a Juanito y el caballo, la situación es distinta porque está descrita, pero también está descrita en una forma determinada. Imaginemos el niño que realmente le ha mordido un perro y le han pasado cosas muy serias, ha necesitado mucha vigilancia o incluso tratamientos porque se contagió de algo. Bueno, si este niño, la siguiente vez tiene miedo al perro no es lo mismo que el niño que nunca le ha sucedido nada y que a lo mejor pertenece a la familia. Entonces yo diría que es que depende mucho de cual es la idea que hay detrás y al mismo tiempo de qué capacidad evolutiva tiene esta idea por las otras experiencias que se añaden. Siempre que alguien tiene fobia, por ejemplo, el niño que no se integra en una escuela, a lo mejor es lo más sano de él lo que hace que no se integre en una escuela, pero a lo mejor es lo más enfermo de él.

Yo diría que la respuesta sería saber más y poder extraer lo que hay en el fondo y la capacidad evolutiva de aquello que hay en el fondo. La posibilidad evolutiva quiere decir posibilidad de diálogo con otras experiencias, de interacción con otras experiencias. Respondería ahora Doctora Peral. A mi también me parece importante el diagnóstico. Lo que pasa es que el diagnóstico se puede tomar desde muchos ángulos: desde el diagnóstico de ansiedades y defensas hasta el diagnóstico evolutivo, hasta el diagnóstico dinámico, el diagnóstico estructural, las clasificaciones diagnósticas del DSM3, nuestra clasificación diagnóstica propia de nuestro hospital, etc.; y entonces yo diría que, solicitada como estoy, como estamos todos por tantas facetas del diagnóstico, yo me quedo en una faceta que se acerca mucho más a lo que ha dicho el Doctor Henny, que es *tratar*

de entender cual es la estructura con la cual yo me estoy relacionando, la estructura de ese paciente que es una estructura dinámica por supuesto, que puede ser evolutiva; (dinámica no quiere decir forzosamente evolutiva, puede tener una dinámica pero no estar con capacidades de evolucionar); si, además de ser dinámica es evolutiva pero tiene posibilidades de ser mejor evolutiva o, al revés, es una estructura muy poco funcional para la vida de ese individuo, entonces ahí es donde yo pienso en intervenir.

Pero, de todas formas, esto de alguna forma se refleja en una formulación diagnóstica, llegamos después de todo a una formulación en la cual trato de explicar aquello. ¿Que entonces finalmente diré que el niño tiene una neurosis obsesiva?, a lo mejor sí, porque lo tengo que poner en un papel, porque a lo mejor tengo que pedir que al niño o la familia les ayuden, etc. Pero a mí, esta neurosis obsesiva, en la clínica, no me sirve casi nada. O si yo digo que es un problema histérico, como decía el doctor Manzano, a lo mejor tampoco me sirve mucho o a lo mejor es suficiente.

O, por ejemplo, el nivel evolutivo, que nombraba la Doctora Peral. El nivel evolutivo, no el diagnóstico genético, como se ha ido fraguando aquello, sino la idea de nivel evolutivo, me parece muy importante. De modo que de ninguna forma yo trato de despreciar el diagnóstico, estaba planteando una forma de mirar la clínica.

Ha dicho que la primera niña era una niña borderline. Bien, esta primera niña venía con una nota del pediatra que decía – «ruego exploración y atención psicológica a esta niña que tiene un problema psicosomático de ahogo, (no ponía ni asma, de ahogo, pero lo clasificó de psicosomático). Ahora, nuevamente lo mismo ¿que es lo que hay debajo? No he presentado los tres niños como neuróticos, sino que los he presentado para que pensáramos. Yo creo que las tres situaciones familiares son

más borderline que neuróticas. Pero, igual la primera niña podría presentarse como psicosomática por el hecho de que, en forma de problemas psicosomáticos, se había encapsulado toda la situación. Y esto no cambiaría las cosas.

En cuanto a la razón docente que planteaba el Dr. Henny, yo estoy de acuerdo: si se está en una situación docente hay que transmitir también puntos de vista que aunque a uno no le sirvan tanto para la clínica, o no sean aquellos con los cuales esté más de acuerdo, o no son las elaboraciones personales, hay que transmitirlos también; pero hay que transmitirlos para que la otra persona se haga su propia forma de ver la clínica y de conceptualizarla, pero además para que, mientras no llegue a esta capacidad de conceptualización, se oriente.

De todas formas yo trato de transmitir siempre esta otra forma que el doctor Henny decía al final, en el sentido de tratar de entender la realidad interna del otro y las relaciones de objeto, lo cual no puede conducir a dos palabras como diagnóstico, sino que tiene que conducir a *una formulación diagnóstica.* Porque me parece demasiado arriesgado que el que empieza; diga «trastorno neurótico» y no sepa nada más de esa persona; o diga, por ejemplo, «problema histérico» y no sepa nada más

Pola Tomás (Madrid). Me voy a referir concretamente a un caso y creo que es importante para que veamos cuanto se puede sacar y aprender de un caso clínico, sobre todo para las personas que están empezando.

Dijiste que eran tres niños y después corregiste y dijiste, una niña y dos adolescentes; ahora bien, en el caso de la segunda, la que tiene quince años, si yo no supiera que tiene quince años y me hubiese guiado solamente por lo que tu estabas diciendo de ella, pues podría pensar que tiene nueve o que tiene ocho, porque ahí falta lo que es propio de los quince años y tiene una severa disociación de todo el problema corporal, pe-

ro en términos del deseo, no solamente del cuerpo como sostén del sufrimiento o de la exigencia superyoica, (que tiene que estar dando una y otra continua prueba de realidad, o de exigencia, o de estudio, o de salud para poder conformarse a sí misma). Yo pienso, ¿donde están los problemas de la identidad sexual de esta niña a los quince años?, si es que están reprimidos y entonces estaríamos pensando más en un nivel de funcionamiento neurótico, o es que está algo severamente disociado quizás por un fracaso en el investimiento narcisístico de su cuerpo, como bebé primero, que evidentemente no fue investida por la madre, o como niña puber después, que a lo mejor tampoco la madre la puede investir más allá de tener una hija que le da trabajo, que tuvo el lagrimal mal, que ahora le duele por todos los lados y no saben que hacer con ella. En este caso, yo creo que, al lado de la problemática de la niña, se ve una problemática muy seria de la madre, un duelo no hecho por una serie de abortos, por un bebé muerto a los cinco meses. Cuando nace esta niña, lo único que ve es una niña que le funciona mal el lagrimal o que hace una serie de muecas que la angustian etc., y no es capaz de ver en la niña algún otro gesto que pueda despertar en ella el interés y transmitírselo al padre, para que el padre también pueda mirar a la hija de otra forma. Pienso que, desde antes de nacer la niña y, por lo tanto, cuando nace la niña se lo hace de sentir, fracasa en la elaboración de un duelo que tiene que ver con muertes reales, y que asocia al fracaso en el duelo por el objeto ideal, por esa niña hermosa que todas cuando nos embarazamos queremos tener y después aunque no sean ni perfectas ni sanísimos los podemos querer igual y encontrarles gestos que nos despierten ternura.

Entonces yo me pregunto si no hay un viejo problema que esta niña arrastra, que después le impide pasar y verse como puber y habla de sí misma como si fuera una niña latente.

Ricardo Sanz (Valencia). Se ha hablado bastante de los padres, de la importancia de los padres, de sus propios fantas-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9

mas etc., pero para mi habría dos preguntas, por una parte ¿que es lo que hacen los padres a los hijos?, en ese sentido de proyección de fantasmas, de conflictiva personal etc., y segundo ¿que hacemos nosotros con los padres? En cuanto que tu has hablado de grupo familiar, dejas entender que trabajáis con el grupo familiar, y querría saber si tenéis sistematizado algo más que una actitud psicoanalítica, por supuesto absolutamente necesaria pero que no es muy definida, en las entrevistas con los padres. Si, por ejemplo, tenéis un setting para trabajar con los padres de manera continuada o un tipo de intervenciones donde se considere o no la transferencia o la interpretación de esa transferencia a los padres, o sesiones concertadas a tiempo fijo etc.

Juan Manzano (Ginebra). Yo creo que estamos verdaderamente en el corazón del debate gracias a tu intervención, Eulalia. Tu me has preguntado varias veces qué es un niño neurótico. Lo que yo entiendo por niño neurótico y que comparten gran parte de las personas aquí presentes, no lo voy a definir sino que lo definiré mañana, para dejarlo en suspenso. Además, estoy seguro de que hay alguien que lo va a definir, Bürgin, y él lo va a definir, porque él procede de una escuela que ha definido siempre lo que es el niño neurótico, y que es la escuela de Anna Freud. Yo que comparto la concepción Kleiniana de la psicopatología, sé que tengo este problema: El modelo Kleiniano, que permite una comprensión clara del funcionamiento precoz y concretamente psicótico, al llegar a lo que se llama funcionamiento neurótico, se queda corto. Yo siempre lo he pensado, y por eso le he planteado alguna vez, directamente a Hanna Segal esta cuestión, le he dicho «pero, bueno, aquí estamos analizando a todo el mundo, adultos y niños, como si tuvieran una parte psicótica importante, analizamos la psicosis... todo el tiempo estamos analizando todo esto, y yo lo comparto, pero, bueno, hay un momento dado en que se presentan como neuróticos, entendiendo como neuróticos, conflicto edípico, problemas de contrainvestimiento, predominancia del mecanismo

de defensa de la represión, un yo que tiene una serie de funciones que no tiene el yo psicótico y ella me contestó: «cuando alguien es así, no necesita un psicoanálisis». Y este es el punto de discusión.

Dieter Bürguin (Basilea). El modelo que presenta me parece muy interesante. Si he entendido bien, Vd. dice que hay la psicosis y la normalidad, sólo el funcionamiento psicótico y el funcionamiento normal.

Me recuerda una idea de Winnicott, que se podría expresar más o menos así: El dice que sólo hay el funcionamiento neurótico y nada más. Que existían dos polos, uno el funcionamiento normal y el otro, el funcionamiento psicótico, cuyo estado funcional de *integración* habrá que medir para ver donde se encuentra el sujeto.

De manera que, al igual que en su modelo habrá que definir, funcionamiento normal y funcionamiento psicótico, en el de Winnicott, habrá que definir integración y funcionamiento de integración.

Francisco Muñoz (Madrid). Creo que estamos efectivamente en el corazón, en el meollo del problema, es evidente que Eulalia ha despertado un montón de incógnitas y de gran interés, estamos interviniendo mucho y debatiendo mucho. Me ha parecido muy importante el hecho de que *haya resaltado el aspecto del funcionamiento más que la estructura,* el funcionamiento neurótico, el funcionamiento psicótico más que el trastorno como una cosa estructurada, y me parece importante porque parece que no se pueden entender los trastornos neuróticos, tanto desde el punto de vista del diagnóstico cuanto del tratamiento, sin tener en cuenta el funcionamiento psicótico de la personalidad, que yo llamaría funcionamiento (mejor que parte psicótica o parte neurótica, que hace pensar en algo más es-

tructurado), porque el funcionamiento es algo más dinámico, interrelacionado.

Siguiendo tu exposición, me ha parecido oir, que el tratamiento de la neurosis es ayudar al individuo a elaborar sus funcionamientos psicóticos, y no se si lo he recogido bien pero yo me pregunto «y por qué no sus funcionamientos neuróticos». Si esto es así, creo que abre un montón de incógnitas, de consecuencias de tipo teórico y técnico. Por ejemplo, ¿como se puede manejar, en este caso, la transferencia?, Porque podemos encontrarnos con elementos transferenciales de tipo neurótico y no sólo elementos transferenciales psicóticos.

Creo que también tiene grandes consecuencias en relación a la clínica infantil. Por ejemplo, en momentos evolutivos como la prelatencia, la latencia y la adolescencia, que creo que son momentos donde hay organizaciones diferentes, no se puede tratar con la misma técnica a un niño prelatente, a uno latente o a un adolescente.

Eulalia Torras (Barcelona). Siguiendo el orden por el cual habéis intervenido, yo estoy muy de acuerdo con lo que ha dicho la doctora Tomás, excepto el hecho de que esta niña a mí no me parece de ocho o nueve años, a pesar de que, como ella señala, haya muchas lagunas en su entrada en la adolescencia. Pero no me puedo imaginar una niña de nueve años o de ocho años pensando como esta adolescente piensa sobre sí misma; esta observación que ella hace de sí misma, no he encontrado a niños de ocho o nueve años con tanta capacidad. Esta función de esta chica la veo justamente muy adolescente, de adolescente que ha entrado en una capacidad de autobservación, de introspección y que se da cuenta de cosas, y que las sufre, y que no las hace sufrir a los otros, aunque los padres sufran también el carácter de ella.

Por cierto, no quería empezar así, sino que quería empezar en otra forma, no se por que razón se considera que yo tengo

que hacer honor al pensamiento Kleiniano, no lo atribuyan a Klein lo que yo digo, por favor, que puede ser un desastre.

Entonces, por favor, sáquenme la etiqueta de kleiniana y ponganme otra cualquiera, por un rato, por lo menos.

Bueno, dicho esto, he aprendido muchísimo de Klein pero no sólo de Klein, ahí está la idea, sino que me interesan muchos otros autores. He aprendido mucho de Winnicott, y tantos otros, pero vamos a dejar esto.

Ahora, ¿que hacen los padres con los hijos?, cuando a mí los padres me dicen –«a lo mejor esto es culpa mía–, yo digo «bueno, pero por ahí no vamos a ninguna parte, también todo lo bueno sale de usted». Porque ellos han venido a consultar, están allí para hacer algo, lo harán o no lo harán porque la psicopatología de ellos les permitirá unas cosas y otras no, pero tienen una idea de hacer algo por sus hijos y generalmente han hecho muchas. Entonces ¿que hacen los padres con sus hijos?, Pola Tomas ha hablado algo de esto, ¿proyectan cosas mejores? ¿proyectan cosas peores?, o sea *al decir proyectan quiero decir, tienen una fantasía del hijo y la inducen en el hijo, la activan dentro del hijo, de manera que el hijo se identifica con esa fantasía proyectada o no,* y de allí salen unos resultados, es decir, intercambian con el hijo, interactuan con el hijo y de ahí sale una evolución o unas situaciones más patológicas.

Yo creo que, por ejemplo, en la primera niña, se veía esta situación patológica. Entonces, ¿cómo yo miro la clínica? Es *en términos de colusión o de relación evolutiva.* Por ejemplo esta niña estaba muy predispuesta, muy sometida, con muchas facilidades para entrar en la colusión con la madre, que dice que tiene dolor de cabeza de fondo hormonal pero que le dan sedantes, ansiolíticos, etc. Esta madre ha conseguido tomar a la hija y hacerla funcionar, encapsulando la ansiedad en el cuerpo, por decirlo de esta forma, y que ella siga una línea evolutiva parecida a la suya.

Pero esta sería una situación; otra situación, la segunda, podría servir para ver cómo hay una inducción por parte de los padres, por sus ansiedades, por sus defensas, por sus dificultades. Por ejemplo, los padres que tratan de que el hijo sea aquello que ellos no pudieron ser, o tratan de corregir en la relación con los hijos lo que sus propios padres hicieron, con todo lo bueno y malo que pueda tener esto. Entonces hay una respuesta del hijo, a veces con tan poca libertad que casi no se puede mover de los rieles que le ponen; pero otras veces, con más capacidad de libertad porque hay menos dominio de la proyección o por más fortaleza del hijo, el hijo no entra en colusión. O sea que yo entiendo las evoluciones de los chicos o de los grupos familiares, teniendo presente, (no es que lo tenga presente sino que me lo sugieren), la idea de colusión, de colusiones entre tipos defensivos y formas de tratar con la ansiedad de los padres y de los hijos, que a veces concuerdan, se refuerzan y se empeora aquello. Excepto que la colusión sea favorable, y los padres proyecten algo positivo, el hijo lo asume, está de acuerdo con él y sus propias capacidades, con el suficiente márgen de libertad para moverse en un registro y aquello funciona bien. Sería también colusión, quizás, o por lo menos acuerdo, pero sin que sea negativo.

En cambio en otras ocasiones el hijo no se identifica con lo que los padres le proyectan y, mal que bien, se rebela y busca su propio camino y una identidad etc. Claro, depende de muchas cosas, la carga psicopatológica de la familia influye mucho, pero no me alargo más por ahí.

Y ¿que hacemos nosotros con los padres?, primero les recibimos. Aquí hemos recibido tres familias, que han venido los padres solos primero y luego trabajamos con ellos, por supuesto. ¿Cual es la función nuestra?, nosotros tenemos grupos de padres (en el servicio nuestro hay grupos de niños, grupos de adolescentes, grupos de padres y hay siempre el grupo familiar). Cuando recibimos a toda la familia, (quiero decir, los que

quieren venir de la familia porque la situación terapéutica de recibir a toda la familia, que tengan que venir todos sistemáticamente cada vez y con una hora dada, esto no lo hacemos generalmente, no quiere decir que no lo hagamos excepcionalmente, pero no de una forma sistemática). Pero lo que sí hacemos sistemáticamente, es recibir a toda la familia y después seguirla recibiendo y, si se trata de un niño con sus padres o de un adolescente con sus padres que vienen juntos, trabajar con ellos y con la relación entre ellos (evidentemente, a través de la relación con nosotros, lo que sería transferencia). A través de la relación con nosotros, en los cuales nosotros ponen cantidad de cosas, expectativas correctas respecto a la realidad, expectativas de lo más distorsionadas, la idea mágica de que resolvamos aquello en menos de nada o cualquier clase de cosa.

Entonces, trabajamos con los padres y con el niño. Con los pequeños a veces, trabajamos con los padres pensando que los primeros terapeutas son los padres; si conseguimos recuperarles a ellos, o sea si conseguimos ayudarles a ellos a recuperar funciones paternales sanas. Otro trabajo nuestro con la familia es que esa capacidad de empatía que podemos tener nosotros respecto al niño (por la razón de que no es nuestro hijo y no nos angustia tanto, porque somos profesionales y hemos aprendido el funcionar humano), si es que como consecuencia de esto estamos más cerca del niño y entendemos cosas de él, y sabemos algo más de su sufrimiento, en lugar de considerarlo del registro –está bien–, –está mal–, –se porta bien–, –se porta mal– etc. podemos transmitir algo más de este sufrimiento del chico a los padres y ellos, en consecuencia, lo pueden mirar con otros ojos y pueden recuperar relación con él.

El otro día, por ejemplo, una psicóloga del servicio estaba presentando en un grupo de discusión un niñito de dos años y medio, (ella es de las personas que han trabajado poco con los pequeños, hay un grupo de personas que han trabajado mucho con los pequeñitos, con los bebés y los pequeñitos). Ella había

trabajado poco con los pequeñitos como decía, pero intuitivamente había hecho una serie de cosas con esa mamá, que la relación había empezado a evolucionar y allí le empezamos a dar (era la primera vez que presentaba esa historia clínica) ideas de cosas que le podría sugerir a la madre: le podría preguntar por cuando se levantan, cuando comen a mediodía, cuando acompaña a los niños a la escuela, cuando meriendan, cuando se acuestan, y darle ideas respecto a aprovechar esos momentos para no estar solamente dando ordenes –va deprisa a desayunar–, –llegamos tarde–, sino para escuchar, para proponer actividades juntos.

De modo que la madre que, cuando vino, estaba muy ansiosa respecto al niño, muy distante, y el niño mostraba según el diagnóstico de la psicóloga rasgos autistas, (no que fuera un autista, pero rasgos autistas de aislarse, de hacer cosas repetitivas). Había ya cambiado bastante, pero las ideas eran dedicadas a que cambiara mucho más, a que la madre fuera encontrando sus propias formas, primero más o menos dirigidas, de conectar con el niño, de interesarse por él, de tener ideas de qué hacer con ese niño, como forma de que aquello que se había empezado a recuperar se recuperara mucho más. A mi modo de ver, con lo que trabajamos es con *una función psicoterapéutica. Me parece muy importante extraer la función psicoterapéutica de la acción de un momento dado*; incluso cuando damos un medicamento, yo creo que si se está entendiendo la dinámica de aquello y se toman la medicación, se da de una forma distinta que si no se sabe lo que está pasando allí, no se sabe como funcionan las relaciones ni se sabe que es lo que puede ayudar a evolucionar, que es lo que puede desembarrancar aquello y ayudar a evolucionar o que es lo que lo va a dejar estancado.

Bueno, me parece estupendo que el doctor Manzano me haya explicado lo que es un niño neurótico ¡pero yo no dudo de que hay niños neuróticos!, no se si es que ha parecido que du-

dara. No, yo no dudo de que hay niños neuróticos, pero yo hablaba de *funcionamiento neurótico.* Ahí es donde le pregunto al doctor Manzano ¿cual es el funcionamiento neurótico?, el doctor Bürgin, contestaba que Winnicott habla, como sabemos, de un polo de normalidad y un polo psicótico y en el medio hay una integración. Pero, para que haya una integración, es preciso un dialogo, una interacción, una modificación mutua, un enriquecimiento de lo normal por la fantasía inconsciente y una modificación de la fantasía inconsciente por el contacto con la realidad y por las percepciones. A mi modo de ver, en ese diálogo entre consciente e inconsciente, realidad interna y externa, proceso primario y proceso secundario, ahí es donde está la evolución y donde está no sólo lo neurótico sino la normalidad. «La normalidad» entre comillas, quiero decir, aquello que no pensamos que se tenga que tratar, que necesite una ayuda especializada, yo lo pienso de esta forma.

MESA REDONDA: «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO»
Valencia, Octubre 1990
(J. Manzano, coordinador; A. Lasa y L. Martín)

Juan Manzano

El concepto de neurosis infantil desborda a otros muchos temas. La noción misma de neurosis surgió bajo el signo de la contradicción, y más exactamente bajo el signo de pares opuestos: siempre la neurosis estuvo contrapuesta y está contrapuesta a otra cosa. El término neurosis en sí mismo, ya históricamente, es un término médico que siempre quiere decir, *un opuesto a un proceso agudo,* la neuritis, es decir, un proceso inflamatorio, el término –osis– en general significa una cierta forma de degeneración. En general indica en medicina, que no se sabe porqué se produce, contrariamente al otro término –itis– que significa más bien inflamación y para lo cual, en general se tiene una teoría etiopatogénica. No es banal que se haya escogido este término y que se haya mantenido teniendo este origen. Evidentemente el opuesto, el par opuesto que todos conocemos, es el de *neurosis y psicosis.* Yo creo que, en general, no se puede hablar de neurosis sin pensar en este otro par opuesto, psicosis. Se podía haber encontrado otro par opuesto, por ejemplo –neurosis y normal–, pero lo cierto es que se mantiene neurosis y psicosis.

También quería hacer inmediatamente *la diferencia* (para mí personalmente, muy clara), entre *el concepto de neurosis infantil y el concepto de trastorno neurótico del niño.*

El concepto de neurosis infantil, introducido por Freud, es un concepto del desarrollo: es una fase, un período, *corresponde a un período del desarrollo normal.* Para Freud no era un concepto abstracto, era una cosa bien concreta, era una hipótesis que él hacía de que existía necesariamente *un trastorno psicológico normal en el niño,* un desequilibrio psicológico. Y a este desequilibrio psicológico normal, lo llamó *neurosis infantil* para diferenciarlo de lo que se encuentra en el adulto, como una *neurosis del adulto,* y más exactamente en la cura, una neurosis de la trasferencia, en la cual él reencontraba, reproducida, esta fase o período del desarrollo, que él llamó neurosis infantil.

Para mí, esto lo diferencia muy bien del concepto de trastornos neuróticos, (por lo menos muy bien para entendernos, yo sé que plantea problemas). *Trastornos neuróticos del niño* quiere decir, una serie de síntomas, diferentes de ese trastorno normal que hemos llamado neurosis infantil, y, por consiguiente, más intensos y más particulares.

Volveré primero sobre la neurosis infantil: noción de desequilibrio psíquico, por el cual pasarían todos los niños en la tesis de Freud, y que para él era el producto de una contradicción interna propia de la especie humana.

¿Cual es esta contradicción interna?; la contradicción interna, para Freud, es entre el sexo, los deseos sexuales y la rivalidad que los acompaña para reproducirse. Fíjense que estoy utilizando términos biológicos: hay un deseo, que tienen todas las especies en general las especies de primates también y por tanto,la especie humana, la rivalidad que acompaña los deseos sexuales proporciona más oportunidad de reproducirse, que es uno de los motores que se encuentran en la especie, pero entra en contradicción con otros deseos, otras necesidades, que son las necesidades de vivir en armonía social para poder estar adaptado. Esta adaptación está representada evidentemente por la vida de familia para el niño. ¿Como vivir en una familia,

cuando se tienen deseos de rivalidad, pongamos por caso en el niño varón –puesto que es el que primero ha estudiado Freud– y tiene deseos de rivalidad sexual con el otro varón que está allí, que es el padre? Hay una contradicción porque, al mismo tiempo, el niño tiene otra serie de sentimientos y de deseos que chocan con éste. Ustedes saben que estoy hablando del conflicto de Edipo.

Para Freud, insisto, esto es un condicionante de la especie, que en su evolución, (puesto que Freud tiene una concepción evolucionista) ha encontrado esta fórmula que no es quizás la mejor, se podía encontrar teóricamente si se es un poco megalomaníaco dentro de la evolución de la especie, se podía uno haber ahorrado este tipo de conflictos, que el pobre niño de la especie humana se encuentra en esta situación. Por ejemplo, dentro de una concepción un poco más megalomaníaca, yo diría «pués no habría que haber empezado los deseos sexuales hasta mucho más tarde, por ejemplo, a la edad de irse al servicio militar o a los veintitantos años, el niño se hubiera ahorrado de todas formas muchos problemas». Bueno: es un hecho que las cosas son como son.

Creo que este fue uno de los puntos del genio de Freud, ser capaz de encontrar esta hipótesis contradictoria, interna, inherente a la especie, inherente al hombre y de la que no hay manera de escapar. Es por eso que él dice que no hay manera de escapar a que esto produzca trastornos, que no hay manera de resolver esta contradicción sin que ello traiga algunas consecuencias. Estas consecuencias son las propias de cada individuo, son las que dan los signos de la neurosis infantil.

Junto a esto, Freud mismo (y después, mucho más en detalle Melanie Klein) dijo que esta contradicción interna primitiva, contradicción interna de la especie humana, no es sólo ésta, hay otra todavía más precoz que tiene que ver con ésta; y, en efecto, tanto Freud como Melanie Klein, hablaron del *conflicto psíquico primitivo* para diferenciarlo del *conflicto psíquico edípi-*

co propiamente dicho. Este conflicto psíquico primitivo, es de nuevo una contradicción de la especie, entre pulsiones agresivas, más exactamente pulsiones de muerte, instinto de muerte y pulsiones de vida, más que concretamente instinto de vida.

En esta hipótesis de Freud existe esta contradicción interna desde el nacimiento, y el niño tiene que desenvolverse con ella, ¿qué hacer?, pués no es fácil y ya saben que toda la obra de Melanie Klein es, en cierto modo finalmente, el estudio de las diferentes vicisitudes, de como tiene que hacer el niño para proyectar, introyectar, negar, etc., para buscar la forma de funcionar como un todo.

Aquí se introduce otra noción que se utiliza menos, que es la noción de *psicosis infantil,* que habría que diferenciarla, –eso soy yo quien lo dice–, de *trastornos psicóticos del niño.* Tenemos interés en diferenciar psicosis infantil en esta concepción: Fase precoz, período por el cual pasarían todos los niños, como consecuencia de esta contradicción interna del conflicto primitivo, sería la psicosis infantil, que sería normal –normal en el sentido de que todo el mundo pasaría por ahí–, y no así el trastorno psicótico del niño, que ya sería una forma desviante, patológica, de enfrentar este conflicto y que da los síntomas que conocemos. Quiero introducir aquí este punto que me parece interesante y con el cual ayer habíamos introducido la discusión, es la idea de la *continuidad genética,* que muchos autores, Freud y Melanie Klein en todo caso, sostienen entre ésto que yo acabo de llamar fase de psicosis infantil y la fase más tardía de neurosis infantil.

Esta evolución genética también está dicha por Freud en otros términos, como evolución entre principio de placer y principio de realidad, y evolución de proceso primario a proceso secundario. Reproduciría, visto desde otro ángulo, la misma evolución de la psicosis infantil a la neurosis infantil.

El problema es que después, más tarde, las cosas no parecen exclusivamente en términos genéticos, es decir, no encon-

tramos a alguien que ha superado una fase y se encuentra en otra, y encontramos que ya no tiene nada, que sería lo lógico que no tuviera nada de funcionamiento psicótico, puesto que ha superado este funcionamiento, esta psicosis infantil y entonces simplemente sería neurótico. Si las cosas fueran así, evidentemente sería mucho más claro, pero la realidad no es así, y en la realidad nosotros encontramos, no sólo en el niño, sino igualmente en el adulto, que hay, en proporción variable, una parte de funcionamiento psicótico y una parte de funcionamiento neurótico. En términos de principio del placer y de principio de realidad, también existen, en mi opinión simultáneamente, un funcionamiento según el principio del placer y un funcionamiento según el principio de realidad.

Si esto es así, yo pienso que existen varias maneras de explicarlo. Una, es que no se ha superado completamente esta fase psicótica, y que queda ahí un poco de la fase psicótica que permanece aunque se ha llegado a la fase neurótica; en términos de Melanie Klein se hablaría de cohexistencia de posición esquizoparanoide y la posición depresiva, pero por lo que nos interesa aquí, las dos cosas se pueden considerar como sinónimos.

Personalmente no he encontrado nunca completamente satisfactoria esta fórmula, y yo he sostenido que el mejor modelo que explicaría ésto, es un modelo que se encuentra esbozado en Freud en uno de sus últimos artículos «La escisión del Yo en el proceso defensivo», de 1938, en el cual él dice que el Yo primitivo, confrontado con un peligro en la realidad, hace dos cosas simultáneamente, es decir, *se divide en dos.* Una parte del Yo acepta esta realidad y está obligado a reprimir, y otra parte del Yo no la acepta y está obligado a negar. Encontré que ésto me permitía hacer una hipótesis: sobre la idea de Freud de que existe necesariamente en todos los casos, una escisión del Yo, y que existe por consiguiente desde el principio un funcionamiento neurótico, es decir, que el funcionamiento neurótico no sigue genéticamente a un funcionamiento psicótico, sino que está ahí desde el principio. O sea que el funcionamiento neuró-

tico no es posterior, sino que hay un funcionamiento neurótico desde el principio, precoz, junto con el funcionamiento psicótico, y que ésto va a permitir tener un modelo del desarrollo y un modelo psicopatológico en mi opinión, más satisfactorio.

Evidentemente la diferencia está en la proporción del Yo que va a funcionar, con un funcionamiento neurótico y la que va a funcionar con un funcionamiento psicótico. En algunos casos, va a predominar el funcionamiento psicótico, –que entre paréntesis yo diré que llamo narcisista, como Freud– y el funcionamiento neurótico. En algunos casos se puede prácticamente prescindir de la idea de que hay un funcionamiento psicótico, y en otros al contrario, pensar que no hay un funcionamiento neurótico y luego están todos los casos intermedios.

En la cura, en el tratamiento psicoanalítico, sea de niños o adolescentes, esto significa que nos vamos a encontrar siempre, no con una transferencia psicótica predominante que va a seguirse a una transferencia neurótica, sino que van a coexistir siempre una transferencia narcisista y una transferencia neurótica simultáneamente, es decir, *una doble transferencia,* –yo lo he definido más bien en términos de transferencia narcisista y neurosis del transferencia y que, en todo tratamiento ésto va a estar presente. Es la proporción la que va a variar en función de la estructura, de la organización psíquica de la persona en el momento de venir al análisis. Podremos volver más tarde sobre esta concepción que tiene una serie de implicaciones.

Este concepto de proporciones distintas y de doble transferencia, permite definir lo que yo entiendo por funcionamiento o estructura, (porque yo aquí entro en una cuestión más bien terminológica, *yo no puedo entender la noción de funcionamiento sin la noción de estructura*): Yo llamaría neurótica a una organización en la cual la parte del Yo, clivada, que funciona neuróticamente es más importante que la parte psicótica. Como ustedes ven no estoy haciendo una división en blanco o negro, sino que es una cuestión de proporción.

Esto, como ven, no es una simple especulación teórica; el que se tenga este modelo o que se tenga otro, implica una concepción técnica de cómo se va a abordar el tratamiento, y en psicoanálisis y en psicoterapia, yo sostengo que implícitamente se hace así, aunque no se explicite este modelo. Muchas personas hacen, como si este modelo existiera pero que no ha sido explícito, es decir, que tienen en cuenta que existe un funcionamiento neurótico y un funcionamiento psicótico, y que se interpreta en el transferencia en función de que esté más actualizado y más predominante uno u otro. Yo lo veo más claro todavía, en términos de narcicismo, es decir, teniendo en cuenta una relación, que yo llamo transferencial narcisista, para implicar que se está reproduciendo una relación narcisista en el transfer, y que en otros momentos existe más predominante la neurosis de transferencia, la transferencia neurótica.

Antes de ceder la palabra a Luis Martín y Alberto Lasa, solamente dos palabras sobre los trastornos neuróticos del niño, que diferenciamos netamente de estos conceptos tanto de neurosis infantil como de psicosis infantil. No hablaré de los trastornos psicóticos del niño, porque no es el tema nuestro de hoy, pero evidentemente tiene que ver con trastornos neuróticos del niño, puesto que sabemos que existe también una oposición. Los trastornos neuróticos son aquellos que se presentan en una organización en la cual, en el modelo que acabo de exponer, el funcionamiento psicótico, la parte psicótica del Yo es más importante que la media standard de todos los niños.

Es más claro todavía si se dice que eso necesariamente se acompaña de unos signos clínicos, que diferencian a estos niños de los otros que corresponden a la media, digamos, de evolución normal. Se puede interpretar etiopatogenicamente diciendo que es una forma particular, una vicisitud de como el niño en cuestión, que presenta esta estructura y estos síntomas, ha hecho frente a las contradicciones internas de las cuales hablaba antes, es decir, no ha podido hacer frente a su deseo, a su ansia, como todos los demás niños a funcionar como un to-

do, no ha conseguido otra fórmula que ésta, que tiene unas consecuencias que nosotros llamamos síntomas neuróticos. Estos síntomas neuróticos de los cuales van ha hablar tanto Alberto Lasa como Luis Martín, con otros aspectos, son característicos. Con ello, y poniéndonos ahora en otro ángulo de visión, que es el ángulo descriptivo fenomenológico, yo sostengo que se pueden diferenciar descriptivamente; es decir, lo que se llama psicopatología clínica, permite diferenciarlos sintomáticamente mediante un estudio diagnóstico. Esto en cualquier forma de clasificación (nosotros utilizamos la clasificación francesa de trastornos mentales del niño y del adolescente pero existen otras clasificaciones también).

El interés de esta evaluación diagnóstica fenomenológica es, como saben, para podernos entender, pero también es muy importante, porque nos permite conocer el pronostico, hacer estudios longitudinales que nos permitan saber más de cual es la evolución y cuales son los factores que intervienen. O sea, que no es solamente una cuestión de poner etiquetas, sino que es un instrumento de conocimiento sobre la evolución.

Tanto más, y terminaré aquí, que ésto permite también un cierto conocimiento epidemiológico y de la evolución a largo término ya que la evolución, contrariamente a lo que durante un tiempo se pensó, de estos síntomas neuróticos en el niño, no es banal ni leve, es bastante grave, no porque se vayan a transformar en psicóticos, sino porque van a persistir esos síntomas en los estudios epidemiológicos.

Nosotros hacemos uno ahora en Ginebra con niños que habían sido examinados como niños y que han sido examinados después como adultos. Nos muestra, y en esto parece que coinciden todos los estudios, que, por ejemplo, las pequeñas fobias (como la de Juanito) no son banales y que se van a encontrar como tales fobias en el adulto, (en términos epidemiológicos, en un caso concreto quizás no, pero si se toma un grupo, una colección importante de niños con fobias, vamos a encon-

trar que, de una manera significativa estadísticamente, van a tener fobias ese grupo más que otro grupo comparativo). Lo mismo ocurre con los síntomas obsesivos. Durante un tiempo hemos pensado que forma parte del desarrollo, y es verdad, pero cuando son síntomas obsesivos clínicos, que no son ciertos rituales de un momento, también tienen tendencia a persistir.

Este es un conocimiento adquirido gracias a que se ha hecho la evaluación. O sea, estoy rompiendo una lanza a favor del doble interés, del interés de la comprensión psicodinámica de los fenómenos y del interés simultaneo de estudiarlos fenomenológicamente y de manera descriptiva. Si no, dejamos este campo a otros, que serían exclusivamente fenomenólogos y que necesariamente van a tener una teoría explicativa, que no será la nuestra.

Luis J. Martín

El problema de los trastornos neuróticos del niño pone sobre el tapete dos problemas fundamentales enormemente controvertidos, el problema del psicodiagnóstico infantil y como consecuencia la orientación de un posible tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico.

De entrada el término «conflicto neurótico» hace referencia a una «unidad simple». Los trastornos neuróticos provocan un enfrentamiento entre unas mociones pulsionales buscadoras de satisfacción y otros aspectos de la personalidad que se oponen a ella. Efectivamente los trastornos neuróticos pueden aparecen muy precozmente en la vida de los niños.

«Ahora sabemos que los síntomas neuróticos son formaciones sustitutivas provocadas por ciertas represiones mal conseguidas (poco exitosas), represiones que estamos obligados a hacer en el curso de nuestro desarrollo infantil para devenir seres civilizados»... Es así como Freud ha explicado en «*Un re-*

cuerdo de infancia de Leonardo da Vinci» el origen de los síntomas neuróticos que ha puesto en relación con la «sexualidad infantil». Como sabemos su teoría de la sexualidad infantil se sustenta en el descubrimiento del complejo de Edipo y de la organización pulsional que le precede y del que es consecuencia.

Sin embargo para muchos autores los trastornos neuróticos se distinguen de lo que sería una «verdadera neurosis», que tendría una organización mucho más compleja y que como tal aparecería en un estadío mucho más tardío del desarrollo del niño.

Los conflictos neuróticos, para H. Nágera, a menudo son residuos de precedentes conflictos en el desarrollo, que son típicos y específicos de ciertas fases del mismo. En condiciones ideales estos trastornos deberían desaparecer apenas alcanzado el estadío sucesivo.

Es a través de la observación clínica y psicoanalítica del adulto de donde Freud extrae sus conclusiones, gracias a la reconstrucción del pasado infantil. Nos podemos preguntar, en consecuencia, si los síntomas descritos en el adulto pueden ser encontrados en el niño y permiten establecer un diagnóstico de neurosis en el niño. En este sentido LEBOVICI en un artículo sobre el diagnóstico de neurosis infantil plantea que el problema es saber si existen neurosis características en el niño (Etude des fantasmes chez l'enfant. Rev. Franc. Psych. t. 18, nº 4, 1954).

Muchos autores afirman que no se puede hablar propiamente de neurosis infantil sin una organización suficiente del Yo y del Super Yo cuya rigidez es uno de los factores etiológicos esenciales de la enfermedad. En «El psicoanálisis precoz», DIATKINE y SIMON formulan el concepto de neurosis infantil en los siguientes términos: «El concepto de neurosis y al mismo tiempo el de la cura psicoanalítica supone la internalización del conflicto, es decir una contradicción entre el Yo, el Ello y el Su-

per Yo. ¿A partir de qué fase o de que proceso se puede hablar de internalización?».

Según esta concepción la neurosis infantil sobreentiende la existencia de relaciones de objeto, es decir una evolución edípica. Insiste LEBOVICI... «De hecho pensamos que es la disarmonía entre la edad real y las fijaciones pregenitales rígidas la que constituye uno de los criterios de neurosis infantil».

En esta línea S. LEBOVICI y D. BRAUNSCHWEIG (1967) han insistido, también en la diferencia teórica fundamental que separa el concepto psicoanalítico de «neurosis infantil» de los síntomas neuróticos que suscitan una visita a la consulta de un psicoterapeuta infantil.

Normalmente los motivos de consulta se centran en torno a un problema de *inadaptación,* ya sea en el medio escolar o en el familiar. Se puede constatar, además, que el primero es el más frecuentemente evocado.

Los trastornos de inadaptación al medio escolar se pueden clasificar en dos categorías: trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta. En cuanto a los primeros, en muchas ocasiones determinadas reeducaciones centradas sobre «trastornos específicos» del lenguaje oral y escrito (dislexia, disortografía, etc.), no consiguen evitar una organización posterior, que puede evolucionar hacia una sintomatología, por ejemplo, un cuadro inhibitorio, difícilmente reducible con una reeducación.

En cuanto a los trastornos de conducta, se trata tanto de dificultades en la relación con los maestros y profesores como con los otros niños. Suelen ser manifestaciones de oposición, de cólera, o de impulsividad o bien de lo contrario, retraimiento, aislamiento, de no participación en las actividades con una inhibición importante, que puede extenderse a las funciones intelectuales y conducir a un fracaso escolar.

Las manifestaciones de la inadaptación al *medio familiar* son a menudo peor toleradas que las primeras. O por el contrario pueden pasar desapercibidas en la medida en que se integran en lo que se podría denominar el «equilibrio familiar».

Se pueden describir:

a) Trastornos a nivel de la oralidad, como el rechazo a los alimentos o por el contrario bulimia.

b) *Trastornos del control de los esfínteres,* eneuresis diurna y nocturna, encopresis, estreñimiento, etc.

Tanto la alimentación como el control de los esfínteres guarda una relación directa con la madre y plantea problemas de oposición o sumisión ante la persona que «fuerza» o que solicita al niño.

c) *Trastornos del sueño,* insomnios, terrores nocturnos, pesadillas, dificultades para dormirse.

d) *Trastornos caracteriales* de tipo opositivo como cólera, destructividad, conductas delectivas, fugas, o al contrario pasividad, timidez, dificultades para alejarse del medio familiar.

e) *Trastornos de la esfera instintiva,* que se podrían calificar como «perversos». Se trata de los niños a los que gusta vestirse con ropa femenina o ponerse la ropa interior de su madre o hermana. Incluyamos aquí también las manifestaciones agresivas o sádicas hacia los animales.

f) *Trastornos psicosomáticos,* alergias, urticaria, cefaleas, vómitos psicógenos, rinofaringitis a repetición.

g) *Síntomas obsesivos,* manias o ritos de rayado, de lavados, comprobar si el gas está cerrado, la puerta con el cerrojo, perfeccionismo en el trabajo escolar, que puede acarrear una

extrema lentitud, necesidad de rehacer los deberes, imposibilidad de soportar una mancha en el cuaderno, etc.

h) *Síntomas fóbicos,* miedo de los animales, del negro, de las enfermedades y de la muerte para sí mismo o para los demás. Se puede observar además toda la sintomatología observada en el adulto, agora-claustrofobia, vértigos, miedo al vacío, etc.

i) *Síntomas histéricos,* crisis «nevropáticas», teatralismo, mitomanía, labilidad emocional, etc.

Volviendo al texto con el que comenzábamos nuestra exposición, reiteramos que para Freud la neurosis reside en una imperfección de nuestro aparato psíquico, que obliga al Yo a tratar las mociones pulsionales procedentes del Ello como si se tratara de peligros externos. En razón de sus relaciones íntimas con el Ello, el Yo no puede defenderse más que restringiendo su propia organización y dando lugar a la formación de síntomas. Sin embargo la respuesta a la cuestión ¿de dónde viene la neurosis?, es diferente para Melanie Klein.

En «Inhibición, Síntoma y Angustia» (1926), Freud compara la fobia del «hombre de los lobos» con la de «Juanito», y asigna al miedo de ser devorado por el lobo –substituto del padre– el rol de una expresión regresiva del deseo de ser penetrado genitalmente por el padre. Para Melanie Klein, se trata más bien de una proyección sobre el animal de la angustia de los deseos sádico-orales (canibalísticos) que vive el «hombre de los lobos» hacia el pene paterno. El «hombre de los lobos», según Melanie klein, presentaría rasgos paranoides ligados a sus intensas pulsiones destructivas, que le habrían llevado a abandonar sus deseos edípicos positivos y su rivalidad con el padre.

Es el sadismo de sus deseos arcaicos los que le conducen a rechazar la realidad y a desarrollar rasgos obsesivos y paranoides. La relación de objeto del «hombre de los lobos» difiere

de la de «Juanito», mucho más positiva hacia sus padres, en una menor violencia de su sadismo primitivo. Las fobias están relacionadas con la oralidad y la neurosis obsesiva con el segundo estadío anal (según Abraham), («La neurosis obsesiva tiene por objeto contener el estado psicótico subyacente»).

Para Melanie Klein, las neurosis no tienen su origen en el complejo de Edipo y la angustia de castración, sino que representan ante todo recursos contra situaciones ansiógenas precoces, de carácter psicótico. En un cierto sentido, parece que la diferencia entre regresión tópica y regresión temporal tiende en Klein a borrarse. La noción misma de regresión a un punto de fijación anterior al conflicto edípico, parece ser reemplazada por la de una huída hacia delante ante los conflictos arcaicos.

La neurosis infantil, clásicamente concebida como una crisis edípica, adquiere para Klein la función de reelaborar la posición depresiva. Afirma, por ejemplo (1952): «La posición depresiva constituye una parte esencial en el primer desarrollo del niño y normalmente la angustia depresiva se trasforma completamente sólo cuando, sobre los cinco años, la neurosis infantil se da por concluida». Y más adelante: «En mi opinión la neurosis infantil comienza en el primer año de vida y termina con el comienzo de la edad de latencia, las angustias primitivas se han reducido radicalmente».

Por contra, H. Nágera piensa que atribuir a la neurosis infantil una función de elaboración defensiva contra las angustias depresivas y paranoides subyacentes sea minimizar su rol esencial. Pero la descripción de la neurosis infantil como un «intento de hacer entrar en una sola estructuración, en una sola organización todos los conflictos neuróticos precedentes con todos los conflictos típicos del estadio fálico-edípico», implica la hipótesis del carácter tardío de esta síntesis organizativa.

Sin profundizar más en estas concepciones teóricas, en aras a la brevedad, nos parece oportuno extraer las siguientes reflexiones y preguntas de cara al debate posterior.

No hay clínicamente ninguna duda de que existen «pseudoneurosis» obsesivas que son organizaciones defensivas contra la psicosis. Sin embargo, ¿hay que considerar todas las neurosis destinadas, ante todo, a permitir al Yo una más o menos feliz gestión de un núcleo psicótico subyacente?, o por el contrario ¿hay que poner el acento en la neurosis como una entidad nosológica distinta, cuyo núcleo es el complejo de edipo y cuya organización depende de los puntos de fijación y de regresión? ¿Es precisamente el defecto de organización de la neurosis, la presencia de múltiples puntos de fijación, la posibilidad de una regresión no sólo de la líbido sino también del Yo y el polimorfismo de las defensas, lo que marca la fragilidad de una estructura y la proximidad de un núcleo psicótico? ¿Se debe en este caso hablar de neurosis? ¿No sería más adecuado subrayar la existencia de una categoría de trastornos psíquicos diferenciados en tanto que neuróticos? ¿El psicoanálisis infantil es el tratamiento de la «neurosis infantil», en el mismo momento de su organización?

Y finalmente la neurosis infantil ¿no se trataría de un concepto que describe una fase del desarrollo según la concepción psicoanalítica?

Alberto Lasa

Los «TRASTORNOS NEUROTICOS» constituyen un diagnóstico muy frecuente en la clínica psiquiátrica infantil. Habitualmente se superpone con la latencia, edad de consulta también muy frecuente. Sus manifestaciones sintomáticas son múltiples y variopintas.

Su carácter de diagnóstico abierto a diferentes evoluciones nos plantea diversas interrogantes.

Hay niños que atraviesan la latencia silenciosamente, con la discreción impuesta por la instauración de mecanismos re-

presivos eficaces. Son los que ya adultos tendrá un «buen» funcionamiento neurótico que les permitirá, recordar, reconstruir, los escenarios, sucesos y personas de su infancia, con la distancia agridulce que permite la nostalgia. Cuando hacen algún ruido (en la infancia), suele ser breve. Episodios reaccionales, angustias pasajeras, que ni ellos, ni sus familias, ni nosotros consideramos patológicos y que rara vez desbordan el ámbito de su intimidad privada.

Hay otros que sí hacen mucho más ruido durante la latencia, su funcionamiento chirría mucho más y desborda los límites intrapsíquicos tanto que los demás lo perciben como algo llamativo. Nosotros los catalogamos de «trastorno neurótico», y sabemos que plantean un problema terapéutico serio porque los vemos incapaces de consolidar un buen funcionamiento neurótico. Y aún más atribuímos esta incapacidad a un fallo, estructural, cuyos orígenes buscamos más atrás, en su pasado, y cuyas consecuencias nos hacen evaluar los riesgos de una psicopatología futura.

Como saben, la respuesta a la cuestión de los orígenes dependerá de la posición teórica que la sustenta (Por ejemplo puede responderse en términos de persistencia del funcionamiento propio de la posición esquizoparanoide o de fallos en el proceso de separación-individuación; o de incapacidad de quedarse a solas; o de déficit en el desarrollo del aparato yoico por no citar más que algunas posiciones conocidas) (O en términos de diagnóstico psiquiátrico, niños borderline, disarmónicos, prepsicóticos, «con un núcleo psicótico», con un trastorno narcisista post-psicótico).

Yo no voy a plantear las cosas en términos de debate teórico, Mi posición, y mi exposición, consistirá en realizar en voz alta los razonamientos psicopatológicos y las dudas y razones que nos llevan a elegir ciertas opciones terapéuticas.

Su carácter de pronóstico abierto a la incertidumbre nos hace valorar cuales son los factores pasados, actuales y futuros

que entraran en juego y en función de ello a tratar de decidir cuales son las decisiones terapéuticas adecuadas y prioritarias.

Desarrollaré mi exposición apoyándome en dos ilustraciones clínicas.

CASO 1 («Estefanía»)

Niña prepúber de 10 años. Consulta urgente a demanda de la madre, recientemente separada.

Esta refiere que su hija está muy nerviosa, y se queja de no poder dormir. Su rendimiento escolar ha bajado últimamente. Ella piensa que puede deberse a un acontecimiento traumático: el cruce de un exhibicionista.

La niña se presenta comunicativa. No detecto una ansiedad particular. No alude a la separación de sus padres. En cambio sí responde a mi interés por su insomnio y me revela, cosa que no ha hecho con su madre, una pesadilla repetitiva. «Una serie de caras borrosas, pero de hombres, se me vienen encima. Una y otra, y otra, blancas y negras». ¿Como los clichés de una foto? pregunto. «Sí, podría ser... eso es. Se repiten sin parar, no se terminan nunca... hasta que me despierto». ¿Qué pasa luego?, pregunto. «Llamo a mi madre, o voy donde ella».

No juzgo esta pesadilla como demasiado invasiva y la niña me parece menos angustiada que su madre, por lo que vuelvo a hablar con ésta.

Me dice que no puede soportar el temor de que su hija vuelva a encontrar un exhibicionista. Ha llevado a su hija a la policía. Allí les han enseñado (¿insistencia de la madre? ¿exceso de celo policial?) las fotos de todos los sospechosos fichados en la zona.

La niña no ha reconocido a nadie, pero la madre ha visto con horror que varias personas que conocía, y a las que consideraba honrados convecinos, estaban fichados como posibles perversos.

Asocia, con mi ayuda, con dos temas. Su intolerancia hacia los hombres que presumen de seductores (no revela por el momento que su separación tuvo que ver con alguna aventura extraconyugal de su marido) y su malestar y oposición a que su hija salga con su padre (Posteriormente me dirá también que sus padres también se separaron, dejando su padre el hogar familiar, cuando ella era «casi adolescente».

Llamaré su atención sobre algunos puntos:

– La pesadilla de la paciente, reproduce con alguna distancia simbólica, un episodio traumático... para la madre... y por lo tanto también para ella, (creo que es el horror de la madre, el que sobreañadido al hecho real, menos traumático en sí mismo, representa el cuantum de excitación que desborda los mecanismos defensivos que protegen el psiquismo de la niña). También me parece muy importante señalar que la hija considera su pesadilla como algo *íntimo* que no ha revelado a la madre.

– Las representaciones angustiosas que amenazan a la hija, y que ésta parece poder reprimir y metabolizar bastante bien, por el momento, (relativas al alejamiento del padre, a la aparición traumática de la sexualidad, al descubrimiento de una madre desbordada por lo pulsional, a la ruptura de la pareja parental) sintonizan, o más bien se superponen, sobre la misma problemática revivida y reactivada en/por la madre.

– La niña parece poder mantener un funcionamiento neurótico con ciertos costes: pesadilla de repetición y fobia a dormirse y consecuentemente, insomnio; desinvestimiento escolar. Esto en cuanto a los costes actuales, pero quiero subrayar que también podemos predecir la amenaza de probables costes fu-

turos: su pubertad inminente se presenta amenazada con una sobrecarga, una sobre-erotización de las representaciones sexuales, y se abre una vía identificatoria con el desbordamiento, histérico de la madre, que parece difícilmente evitable.

Plantearé aquí cuestiones que podemos discutir luego.

1. ¿Qué pensar del peso de los acontecimientos exteriores, del comportamiento real o si lo prefieren objetivo, de esta madre, y del peso que va a tener su interiorización por parte de la paciente?

Como saben este dilema torturó la mente de Freud. ¿Existe un factor traumático exterior, que produce un desbordamiento del aparato yoico, por sobrecarga pulsional excesiva? ¿Es un problema de reconstrucción intrapsíquica y de reconstrucción, a posteriori, retrospectiva, en definitiva, de «reminiscencias»?

2. ¿Qué papel juega la pubertad en esta reactivación, cuál es la naturaleza de los procesos psíquicos que se movilizan en este segundo tiempo y, sobre todo, porqué sacuden y desorganizan lo que parecía hasta entonces un aparente funcionamiento neurótico.

3. ¿Cuales eran los puntos flacos de esta fragilidad?

Como también saben, el afirmar que es prioritaria la necesidad de prestar más atención a los padres reales y a las influencias (educativas) del entorno, o lo es, por el contrario, la de prestar atención preferente a los objetos internos y a las fantasías inconscientes, ha resultado ser otro de los debates enconados de la historia del psicoanálisis.

Creo que en este caso, podríamos discutir si debe darse prioridad terapéutica a la madre o a la niña (yo no incluyo la alternativa de un tratamiento familiar, aunque quizá haya en la sala quién sí lo haría).

Son cuestiones a debatir. Por eso propongo ahora ampliar el debate con esta 2ª ilustración clínica.

CASO 2 («Carolina»)

Paciente púber, (menarquía reciente) de 12 años de edad. Tiene un hermano dos años mayor.

Consulta solicitada por un psiquiatra de adultos, que dirige una clínica privada de ingresos agudos, donde la paciente lleva tres días. En ellos mantiene una actitud huraña, y casi mutista. A menudo la sorprenden llorando en silencio, con lágrimas copiosas. Apatía y desinterés manifiestos, pese a los intentos de varios cuidadores pacientes y cualificados. Algunos de ellos sí han conseguido esbozar minidiálogos y hasta la realización de un dibujo de buena factura.

Descartada una etiología orgánica, se me solicita una evaluación diagnóstica, a la vista de la escasa modificación de su comportamiento, de lo atípico de su «estado depresivo» (ha sido tratado en su ciudad, durante meses con una importante medicación antidepresiva, –150 mgrs/día de Tofranil– sin resultado alguno), y sobre todo por su edad. Existe cierta inquietud por haberse detectado un elevado riesgo de suicidio en los cuestionarios realizados. Se plantean la posible naturaleza psicótica del cuadro clínico.

En los antecedentes recientes se registra que el cuadro actual se ha instaurado progresivamente a partir de la separación de los padres hace dos años. En este tiempo han ido aumentando progresivamente la trizteza y los lloros, el desinterés escolar y relacional, hasta llegar al aislamiento y pérdida de la comunicación verbal. El último peldaño en esta escalada ha sido, el abandono de la escolaridad, al comenzar el curso actual, hace un mes. Desde entonces, se ha enquistado en su casa, en total dependencia de su madre, que la tiene que forzar a salir

de vez en cuando, y que comparte con ella lloros y al parecer un insomnio importante.

Otros datos: Existen evidencias de que continúan existiendo enconadas tensiones entre los padres. La madre ha resumido la infancia de «Carolina», como la de una «niña ejemplar», «superobediente y superestudiosa», que «jamás» había causado problema ninguno, «hasta» que se produjo el conflicto conyugal causante de la separación.

Conocidos estos datos, realizo mi primera entrevista con «C», en la clínica en que está ingresada, que resumo a continuación.

Duración inhabitualmente larga. Llamativo contraste entre su actitud mímica-gestual (cabizbaja, con los hombros encogidos, –¿ocultando/señalando desarrollo puberal?–, cuidándose mucho de cruzar su mirada con la mía, cosa que no consigue evitar del todo en algún momento de descuido) y su extraordinaria y comedida capacidad de comunicación verbal, eso sí en un tono casi inaudible, infantiloide, y en todo momento monocorde, sin la más mínima modulación de tono que traduzca (traicione) ningún afecto subyacente.

Lo único que rechaza es mi invitación a dibujar, y aún esto creo que lo provoqué yo mismo al mostrarle mi interés, excesivo (por prematuro), en un dibujo que anteriormente había realizado y preguntarle por la significación que ella le atribuía. Aunque su respuesta era una aparente invitación a tratar de profundizar («Es mi camino»), mi rápido «entusiasmo» le resultó excesivamente intrusivo... pese a que es ella la que echa el anzuelo (Puede que no esperara que su cebo atrajera un pez tan voraz; al fin y al cabo está en plena fase puberal, y en función del horror a todo lo pulsional, y a la activación de lo edípico, típicos de esta fase, y patológicamente exacerbados en ella, teme los contactos porque imagina en todo el que se le acerca un depredador excesivo... así se trate de una anchoa).

El contenido de nuestro diálogo no deja lugar a dudas en cuanto a su buen contacto con la realidad y su capacidad de introspección. Sus deformaciones tienen que ver con problemas de orden neurótico: inhibe, camufla y transforma en su contrario toda expresión que denote rebeldía, enfado o emoción intensa. Por ejemplo cuando hablamos de su ropa, que denota un evidente investimiento de su aspecto corporal, muestra un desinterés despreciativo; y sobre todo, cuando hablamos de los afectos ligados a sus padres. Aquí la deformación (por efecto sobre todo de formaciones reactivas) se acentúa. Todo lo referido a su madre es idealizado en «feliz» sumisión regresiva. Lo referido al padre adquiere tintes que se asemejan al lamento de una mujer despechada. Es aquí donde su espontaneidad parece quedar sacrificada a la defensa reivindicativa del discurso materno, aunque su ruptura con la realidad objetiva parece más el resultado de una identificación narcisista con la madre, y la construcción de un falso self, parcial, (en el que ambas quedan fusionadas y protegidas por enquistamiento), que de una construcción delirante que apunte a una neorealidad psicótica.

Aún me sorprendo más cuando, venciendo la contratrasferencia que me provoca su hablar en tono infantiloide histeriforme, insisto en conocer sus sentimientos más espontáneos, y descubro una sinceridad aplastante. Se siente totalmente desbordada por la situación parental. No se atreve a mostrar disconformidad alguna por pánico a empeorar el conflicto conyugal. Cuando lo ha intentado tímidamente se ha encontrado con la incomprensión absoluta. Los adultos, incluidos los que nos acercamos con intenciones terapéuticas, no le hacen más que promesas sin sentido. «Dicen que me tengo que curar, que me voy a curar, pero nadie hace nada, nada cambia... yo no sé como hacerlo... porque no quiero ni intentarlo... y cada vez me quedan menos fuerzas» podría ser el resumen de sus palabras. En otras palabras, su imposibilidad de evacuar o canalizar afectos agresivos la convierte en centro de maldades e incomprensiones ajenas. Posición masoquista típica, que me parece difícil

de movilizar... pero que es su única expresión posible de queja hacia la madre.

Cuando abordo, al final de nuestra entrevista el capítulo «con quien puedes hablar de esto» aún me encuentro con otra sorpresa. «Con mi muñeca» me dice. Al interesarme por ella: «¿Dónde está?, saca del fondo de su bolsillo una pequeña muñequita-bebé espachurrada y húmeda que me da. «¿Con nadie más?» le pregunto optando por lo que me parece urgente, abandonar el terreno regresivo y devolveria a su realidad puberal y a la necesidad de reinvestir lo relacional. Ella acepta: «Antes sí; desde mayo no» y me revela algo. Había mantenido, hasta esta fecha, una correspondencia «secreta» (entre comillas porque dudo mucho que su madre la desconozca) con las amigas y maestra que dejó en su ciudad anterior, que abandonó tras la separación de sus padres, y en donde el padre y su actual compañera siguen viviendo.

Como al inicio de la entrevista me había dicho que era desde mayo cuando se sentía mucho peor le pregunto si ésta puede ser la causa: «Creo que has cortado con cosas muy importantes para tí» le digo. Responde: «Puede, pero no puedo volver allí, por lo de mi padre».

(Hasta aquí nuestra entrevista. Expondré ahora mis reflexiones en torno al caso que propongo como material a discutir).

Comenzaré por considerar las cosas desde un eje pulsional.

La paciente descrita padece una inhibición pulsional masiva. Toda manifestación afectiva ligada a aspectos agresivos o erotizados (libidinales) queda bloqueada. Todo desplazamiento (canalización pulsional) hacia intereses/investimientos, sobre todo relacionales, está paralizado. Por tanto el desarrollo puberal y la resolución conflictiva propia de esta edad parece seriamente hipotecado.

Desde un segundo eje, relación objeto/identificación, vemos que la «solución» o compromiso que «Carolina» pone en marcha, consiste en una identificación regresiva y fusional con una versión idealizada de la madre (ambas lloran juntas su desgracia... y su despecho, connotación no lo olvidemos agresiva), y la adopción (inconsciente aunque parezca claramente manipuladora) de una postura de pasividad sometida, que trata de movilizar la culpabilidad de los padres, reprochándoles desde su impotencia imposibles (reconstrucción de un clima familiar ideal).

La evolución esperable parece problemática, porque esta identificación con una imagen materna histérica, parece difícilmente superable. De un lado se trata de una fidelidad culpabilizada hacia su madre «destrozada» que no se priva de mostrarse como tal en su comportamiento real. Del otro, cualquier camino hacia intereses heterosexuales, queda cerrado por un pacto de denuncia del varón-padre y de los horrores (destructivos) esperables de TODA relación heterosexual. Esta constante connotación negativa y destructiva que la madre otorga al erotismo («por acostarse con ella ha destruido nuestra familia») impide una identificación ya comprometida por la demostración de impotencia del padre (ha permitido que su mujer se lleve a los hijos, y se muestra incapaz de contener sus ataques).

Resulta pues imposible que «Carolina» se identifique con una madre, objeto del deseo del padre.

Desde un eje más estructural, o si lo prefieren de diagnóstico y evaluación del futuro psicopatológico previsible, yo diría que estamos hablando de una inhibición neurótica masiva, con dificultades identificatorias severas y con un total bloqueo de investimientos relacionales. Y calificaría este desarrollo puberal inminente de altamente patológico.

¿Por qué? Porque estimo que existe un alto riesgo de evolución hacia una psicopatología consolidada. Me parece lo más

probable, la organización de rasgos/ o la consolidación de una neurosis/ de carácter histero-depresiva con componentes masoquistas. Una evolución hacia trastornos más comportamentales de tipo histeriforme me parece también posible, pero la veo más dependiente de la capacidad de los padres de sacarla de su propio conflicto. Si éste continúa una explosión de reproche reivindicativo y desesperación, que podría originar un comportamiento suicida, me parece también probable. Las dificultades de asumir una identidad femenina sexuada comprometen en alto grado su futuro psicosexual. Si a ello añadimos que su conflicto con la madre, se plasma en una posición de extrema dependencia y de horror a reivindicar su autonomía, se ve una constelación que a menudo lleva a la anorexia mental, aunque por ahora conserva sus reglas.

Todo lo antedicho podría decirse en términos más psicogenéticos. Podríamos hablar entonces en términos de posición depresiva fallida e identificación narcisista con una imagen materna idealizada; o de una relación fusional y un proceso de separación/individuación patológico; o hablar en términos de incapacidad de quedarse sola y de cuestionarlos el porqué de una persistencia patológica del objeto transicional; o en términos de fijación o regresión a un estadio de relación ambivalente sádico-anal preedípica. Lo importante no está a mi juicio en los términos sino en la actitud interpretativa y terapéutica que condicionan.

En el caso de «Carolina» supongo que todos estaremos de acuerdo en que necesita imprescindiblemente un tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico. Pero no sé si coincidiríamos en estimar que debe ser subordinado a medidas más inmediatas... que lo posibiliten ulteriormente.

Por ejemplo la resolución del bloqueo/aislamiento relacional actual y la recuperación de una confianza en la comunicación con el adulto pueden parecer objetivos previos necesarios y prioritarios. Pero aún más importante parece una intervención

directa con los padres, que garantice una actitud de respetar la intimidad de su hija y de proteger y estimular su tratamiento, dejándolo fuera de sus conflictos conyugales. Todo parece indicar, y volvemos al peso de la realidad exterior, que la evolución de un tratamiento individual de «Carolina», y su futuro psicopatológico dependerán mucho de la capacidad de colaboración de ambos padres y en particular de la capacidad de distanciamiento de la madre (que probablemente necesitaría

una ayuda terapéutica). Todo esto parece elemental, pero creo que debe señalarse el riesgo de incurrir en un error, a mi juicio frecuente; el de aceptar una «delegación», por parte de los padres, de una situación imposible que fracasará por su no aplicación en el proceso terapéutico.

Conclusiones

– He propuesto algunas reflexiones en torno a dos casos, dos niñas que presentan trastornos neuróticos de diversa importancia, al terminar su período de latencia.

– He optado por dejar de lado, no por menos importantes sino por ser mejor conocidas, –tanto en sus manifestaciones como en su repercusión en la psicopatología ulterior–, otras situaciones clínicas, la de aquellos niños que ya antes manifiestan trastornos más evidentes que muestran su incapacidad para consolidar un funcionamiento neurótico. Casos que se caracterizan por la emergencia y evacuación del proceso primario, y las correspondientes dificultades de puesta en marcha prevalente del proceso secundario, dificultades de simbolización, etc. o por el predominio de defensas maníacas que dificultan la integración de ciertos aspectos pulsionales/afectivos (de la posición depresiva, o en otros términos, que conservan un «núcleo psicótico»).

– He elegido centrar mi atención en aquellos casos «casi silenciosos» a lo largo de casi toda la latencia, y digo «casi»

porque la patología que sí existe, sólo se detecta posteriormente cuando la proximidad de la pubertad o la entrada en ella les sacude hasta sus raíces, condicionando, pese a la discreción de las manifestaciones anteriores, su evolución hacia cuadros con una psicopatología importante.

He señalado la necesidad de sopesar la importancia de factores externos, que entran en resonancia con conflictos intrapsíquicos. En los casos descritos llamo «factores externos» a la presencia de madres que, desbordadas por su propia conflictiva pulsional representan un modelo de identificación problemático (y he tratado de explicar por qué).

– He querido subrayar para su discusión la importancia central que concedo al período terminal, prepuberal, de la latencia, período de puesta a prueba, en el que se consolida o se desorganiza el funcionamiento neurótico previo. Creo que esto es así:

.. Por la reactivación de la dinámica pulsional que amplifica los problemas previos preexistentes (en particular la dosificación previa de componentes libidinales y agresivos entrelazados).

.. Porque la reactivación de las figuras parentales edípicas, y su correspondiente distorsión o fortalecimiento, va a marcar el proceso de identificación necesario e inevitable. Y porque este proceso va a ser muy sensible a la realidad con que los padres refuerzan o por el contrario desmienten las visiones intrapsíquicas que deformaban su imagen (por ejemplo mostrándose más o menos capaces de metabolizar su propia problemática pulsional).

.. Porque la elección identificatoria también tiene una vertiente objetal, y reactiva la problemática de separación/individuación, de la diferenciación de los objetos edípicos y de nuevas formas de revinculación.

.. Porque esta revinculación coincide con una etapa en la que el equilibrio narcisista va a estar más inseparablemente vinculado que nunca con las relaciones objetales que lo alimentan. Y aquí tengo que decir que las cosas me parecen desiguales en función del sexo, puesto que la niña tiene que consolidar su identificación femenina con y contra la madre, objeto primordial de garantía narcisista; mientras que el niño hace frente al conflicto de ruptura/distanciación-imitación /aproximación al padre, sin cuestionar la imagen materna primordial que queda «fuera» de este conflicto (como tercera y sin implicación narcisista).

Todo ello me lleva a dos preguntas finales. La primera es si esto tiene algo que ver con que a partir de esta edad la presencia femenina se incremente en el campo de la psicología, (y de qué tipo de psicopatología se trata), y con que anteriormente pase más desapercibida.

La segunda es: ¿Podemos, seriamente evaluar la solidez de un funcionamiento neurótico sin esperar a saber cómo soporta el impacto pubertario? ¿Podemos avanzar en el diagnóstico de funcionamientos neuróticos «de buena ley» y otros menos sólidos, y prestarles una atención terapéutica preferente? ¿Podemos comprender los trastornos de la latencia tardía/pubertad sin resituarlos en su continuidad con fallas en la resolución de conflictos anteriores?

Una vez más, se ve la dificultad de aunar inquietudes psiquiátricas y comprensión psicoanalítica. En realidad es más sencillo y tranquilizador, y de ahí su éxito el DSM III. El problema es que los atajos cortos traen retrasos largos.

COLOQUIO

Marta Peral (Madrid). Me ha parecido muy importante la diferenciación que ha hecho toda la mesa, a partir de la introducción de Juan Manzano, sobre neurosis infantil y trastorno neurótico.

Yo quisiera traer al debate una cosa que me parece que ha planteado Luis Martín, que es la existencia de no sólo neurosis infantil, trastorno neurótico sino, sintomatología tradicionalmente llamada «neurótica», pero que yo llamaría mecanismos defensivos, frente a ansiedades mucho más primitivas y que no llegarían a estructurar un trastorno neurótico. Luis Martín ha planteado que las neurosis obsesivas en un momento dado, eran formas defensivas frente a la parte psicótica. Yo a esto no lo llamaría neurosis obsesiva, porque entiendo que confunde, lo llamaría mecanismos de defensa obsesivos, frente a ansiedades primitivas y utilizaría el término neurosis cuando hay una estructuración mucho más evolucionada y cuando la conflictiva es mucho más genital. Virtualmente los mecanismos defensivos obsesivos son mecanismos defensivos muy típicos frente a ansiedades masivas de pérdida del primer año de vida y del inicio del segundo año de vida, cuando todavía no se ha llegado a una conflictiva genital, con lo cual no puede corresponder trastorno neurótico.

Por un lado está *la neurosis infantil*; por otro lado están *los trastornos neuróticos* que yo me inclinaría más a considerarlo como trastorno con una conflictiva genital, es decir con un trastorno posterior y por otro lado, está *la sintomatología, obsesiva,*

histérica etc., como mecanismo defensivo frente a ansiedades más precoces.

Eulalia Torras (Barcelona). La mesa me ha gustado mucho y me ha parecido que desde el principio Juan Manzano lo que hacia era algo así como volver las aguas a su cauce y entonces lo que nos ha explicado es Freud, la evolución del pensamiento de Freud y de Klein, y de todos los autores que han seguido. Ahora, lo que a mí me pasa es que un niño con un problema grave, yo no lo puedo pensar en términos, por ejemplo, de represión, en términos mucho más evolucionados, sino que lo tendré que pensar en términos de desmoronamiento de la personalidad, de fragmentación y disociación, algo así.

Por lo tanto, lo que yo trataba de decir ayer es que *no era partidaria de reducirme a una teoría, sino de dejarme inspirar por la clínica para saber como conceptualizarla.*

Yo creo que, por suerte, a Freud se le ha desmitificado ya, se le ha interrogado mucho y, en este momento, ya no nos creemos que lo tenemos que tomar al pie de la letra, lo cual me parece importantísimo, porque es valorarle, es justamente dejar de idealizarle, poderle interrogar y poderle valorar, y que, después de haberle interrogado y desmitificado, quede tantísimo de valioso, esto es lo que me parece importante. Me parece importante también que nosotros hayamos podido hacer la adolescencia, hayamos podido interrogar a los padres y no nos tengamos que quedar con Freud, sino que podamos pensar de la forma que la clínica nos inspire más.

Por ejemplo se me ocurre pensar en Daniel Stern, que a mi me parece que aunque hay muchas cosas con las que no coincido, aporta cosas. Stern no es un kleiniano sino que viene de la psicología del Yo. El dice (y lo cito a él, pero podría decir yo digo) que este asunto del principio de placer que luego con la elaboración se va transformando o va dando paso al principio de realidad (a suficiente cantidad, por decirlo así, o a una mayor

importancia del principio de realidad), Stern no lo admite. Y yo tampoco. En el sentido de que el bebé es alguien con un principio de realidad impresionante, con una capacidad enorme de estar en contacto con la realidad. Lo que sucede es que evidentemente el principio del placer se mezcla, quiero decir, funciona por momentos, como funcionamiento defensivo o como funcionamiento único posible, adaptativo en los momentos, por ejemplo, de espera excesiva para el niño, de excesiva ansiedad etc. Entonces yo lo inscribiría dentro de las defensas normales evolutivas y también según a que grado se llegue de la psicopatología.

Entonces, por ejemplo, a mí cuando Juan Manzano dice que el neurótico reprime o los funcionamientos neuróticos se basan en la represión y los psicóticos en la disociación, me parece bien, pero no es nada específico. En el sentido de que reprime también el individuo normal, en el funcionamiento normal es imprescindible la capacidad de reprimir; y disocia también el individuo neurótico, por momentos disocia. Y lo que me parece a mí importante es ¿qué pasa con esa represión?, ¿cómo se usa?, ¿con qué acercamiento a la realidad?, ¿con qué respeto a la realidad?, respeto en el sentido de poder contactar con ella tal como es o, ¿con qué distorsiones de la realidad se reprime, se disocia y con que evolutiva?, el aspecto de como evoluciona aquello me parece muy importante.

Por ejemplo, se disocia en un momento de ansiedad aguda, para hacer frente como se puede, pero esto no quiere decir que el individuo sea un psicótico, sino que puede ser normal, solamente que necesita un tiempo para elaborar aquello; si lo elabora, el resultado y el significado del mecanismo es muy distinto que si no lo elabora, si aquello queda, dejando una forma de funcionar en la personalidad, algo más permanente de la personalidad.

La represión me parece un mecanismo diferenciador imprescindible, diferenciador y posibilitador de funciones. Por ejemplo, se ha hablado de la barrera de contacto, de la diferen-

ciación entre consciente e inconsciente: en esto funciona la represión como uno de los mecanismos importantes. Se entiende que siempre estoy hablando «a mi modo de ver» y que estoy convencida de que hay otras muchas formas de ver esto, y además es importante que cada uno encuentre la suya.

Respecto a los síntomas, Luis Martín ha hablado de los síntomas, de la fenomenología; me parece importantísimo tener en cuenta la fenomenología. Muchísimas veces ya nos orienta, según qué cosas ya indican gravedad y según qué otras son muchísimo más dudosas. Pero ni la fenomenología, ni una doctrina me parece suficiente como para saber cual es la dinámica de fondo, qué es lo que sucede en el fondo de todo aquello y cuales son las posibilidades evolutivas o las planificaciones.

Alberto Lasa, por ejemplo, explica la pesadilla de la primera niña. A mí, esta pesadilla repetida, que la niña la cuenta como parte de su intimidad a un terapeuta que le despertó confianza (porque si no, no creo que la contara), me parece que es una propuesta de la niña para la elaboración. O sea, ella explica una pesadilla como quien explica un sueño, como propuesta para que con eso se la ayude, se la ayude a elaborar esa ansiedad, o algo que está pendiente en ella, que lo tiene que elaborar ella si nadie la ayuda. Yo creo que esta niña tiene suficiente intuición como para no contársela a su madre, porque «cree» que su madre, siente, intuye, que su madre la va a enredar con sus propias ansiedades y, en lugar de ayudarla a elaborar, lo va a liar todo mucho más y entonces tendrá que cargar con sus ansiedades más las de su madre. Por eso se la cuenta a Alberto Lasa y no se la cuenta a su madre, porque algo le ha despertado la confianza de que Alberto Lasa sí que la va a ayudar en el proceso de elaboración que incluye tantas cosas, (no sólo ver el exhibicionista, sino toda la situación presente, con las cosas pendientes que tuviera para elaborar, con los desarrollos que tiene por hacer etc., etc., con los aspectos sanos de ella misma que pueda utilizar para esos procesos).

La segunda niña: la separación de los padres. Pero, esto de la separación de los padres ¿que es?, porque todas las separaciones no son iguales, no hay ningún cliché que sea –la separación de los padres, porque ¿sobre qué dinámica previa se produce la separación?, ¿qué relaciones de objeto había en esa familia?, ¿qué relación de objeto tenía, ha tenido, ha incorporado el niño respecto a cada uno de los padres y a la pareja de ellos? Luego, ¿cómo ha modificado esa dinámica, esas relaciones de objeto, la separación y qué ha pasado después? Todo esto a mí me parece fundamental, porque si no, nos quedaríamos en clichés que es lo que me parece más reduccionista dentro de la clínica.

Alberto Lasa hacía una cosa fundamental, se daba cuenta de que si la niña, por ejemplo, no dibuja, alguien podría decir –«porque proyecta no sé qué o no sé cuanto–. El decía –«el interés que tuve yo en el primer dibujo y mi forma de proponerlo podía ser intrusiva»–. Se da cuenta de que es dentro de una dinámica que esa niña no dibuja. Esto me parece fundamental, esto me parece muy clínico y no me parece para nada lejos de la teoría.

RENE HENNY (LAUSANNE). Me ha interesado mucho la intervención de los tres ponentes de esta mañana y creo que estoy de acuerdo con todos ellos y a la vez ellos estaban de acuerdo entre sí.

De un modo muy elemental, pero de todos modos creo que es importante que, cuando se habla de la neurosis del niño, haya algunas distinciones que hacer.

Hay que distinguir por ejemplo, entre el niño pequeño (hasta los cinco años) y el escolar en fase de latencia y el adolescente.

Porque la problemática de la neurosis ha de tomarse desde perspectivas diferentes en todos esos casos que he citado.

Yo creo que todos estaríamos de acuerdo con Freud, al decir que Juanito padece una neurosis fóbica. Y creo también que, como nos lo ha recordado Luis Martín, Freud pensaba que Juanito no era el único en padecer una neurosis como esta y que, si se examinara a la población, se encontraría al menos el ochenta por ciento de los niños, (al menos en la época de Freud), que padecían de una clara sintomatología. Yo creo que si Freud conociera las guarderías, encontraría en muchísimos casos organizaciones del desarrollo del yo que luego podrían dar lugar a la neurosis del adulto, las trazas en el Yo en desarrollo de la neurosis infantil, tal cual se la ve en el adulto en la cura psicoanalítica y, recordando lo que nos ha dicho Dieter Bürgin ayer, es importante tener en cuenta que *muchos de estos elementos se liquidan o desaparecen en la fase de latencia igual que Freud nos decía que el complejo de Edipo desaparecería en esta fase,* que el complejo de Edipo se borraba y también que, en esta fase, los niños no manifiestan su sufrimiento en forma de síntomas claros. Que los niños no manifiestan síntomas claros de angustia, si bien es verdad, como Luis Martín nos señaló, que se manifiestan a través de sus trastornos de conducta, de su turbulencia o a través de sus dificultades escolares; pero, desde luego, no hay síntomas claros, como terrores nocturnos o rituales compulsivos o síntomas conversivos.

Pero si nos encontramos frente a síntomas de este tipo, entonces lo que vemos es la permanencia, la continuidad de *algo que se inscribió antes de la latencia* y que es del tipo de lo que le ocurría a Juanito. Eso quiere decir que aquellas trazas inscritas antes de la latencia no se han borrado y que si no se emprende una cura estamos en el comienzo de algo que finalmente va a devenir psicótico.

Yo me uno perfectamente a la proposición de Manzano que establecía ese paralelismo diacrónico entre la neurosis infantil y la psicosis infantil, estoy completamente de acuerdo con eso. En la adolescencia, en cambio, vuelven a perder importancia o gravedad los síntomas manifiestos. Pero quiero repetir que en

tanto que psiquiatras de comunidad, los síntomas neuróticos que aparecen en la fase de latencia deben inquietarnos siempre.

Creo que esta proposición peca de sumaria pero en todo caso creo que, para los que tenemos experiencia en trabajar con grandes poblaciones, continua manteniendo su vigencia: *los síntomas neuróticos en la fase de latencia son siempre inquietantes.*

Dieter Bürgin (Basilea). Quiero añadir algo a lo que acaba de decir René Henny. Tú hablaste, Juan, de escisión y quizá podríamos distinguir ahí diferentes formas de escisión: una escisión horizontal y una escisión vertical.

En la escisión horizontal serían los *mecanismos de proyección,* los más utilizados; y en la escisión vertical sería *la represión* el más utilizado; y habría todavía una escisión intermedia de líneas de escisión que no serían ni horizontales ni verticales. Por tanto, cuando se habla de escisión habría que preguntarse ¿escisión de qué?; ¿de la percepción, de los mecanismos de defensa, del objeto, del self, del afecto? Y, considerando las cosas sólo desde este punto de vista, ya aparecerían formas que son psicóticas, formas que son neuróticas e incluso formas normales, puesto que en lo normal existe también la represión, que no es nunca completa.

De aquí la explicación de porqué, en un momento, sea por factores externos o internos, podemos recaer en una situación en la que viejos conflictos se ven reactivados.

Los tres oradores han basado su exposición en su propia concepción del espacio interno. Pienso si el espacio interno, o la formación del espacio interno, podría ayudar en la distinción de estos conceptos. Porque, si se reflexiona sobre como se conforma un síntoma, a menudo se ve que existe un espacio interno muy reducido, y es nuestra tarea en el diálogo con el pa-

ciente, no la reconstrucción de un espacio interno, pero sí la creación de un espacio intermediario.

Alberto Lasa habló de *la intimidad,* que me parece un concepto muy próximo a esto que quiero decir. En fin, esto es lo que quería decir, que en la patología franca *hay muy poco espacio interno.*

Fernando Cabaleiro (Madrid). Quería suscitar dos o tres puntos, no con respecto al núcleo del problema psicosis-neurosis, sino más bien en cuanto a cuestiones que se acercan más a la clínica. Una de ellas es la cuestión de la importancia de descubrir criterios de *riesgo evolutivo,* para poder en un determinado momento decirle a unos padres que es necesario trabajar con el niño o con ellos. Esto también ligado la prevención de las neurosis.

En los comienzos del psicoanálisis, cuando se empezaba a plantear, de una manera quizá entonces muy entusiasta y megalomaníaca, «es posible evitar la neurosis», «ahora que ya sabemos una serie de cosas, a partir de Freud, todo puede solucionarse». Entonces, hubo toda una serie de intentos que se vieron abocados al fracaso y el tiempo pasó y esas cuestiones quedaron ahí, olvidadas. Pero yo me pregunto si hoy, con una distancia, no son cuestiones de importancia y actualidad y si no podemos, de nuevo, plantearnos cosas. Por ejemplo, como decía ahora mismo Eulalia: –«Alberto pudo permitir que esta niña hablase con él e hizo muy bien en no decírselo a su madre porque sabía que su madre no podía hacerlo»–. Partiendo de que el niño necesita guardar su mundo interno y diferenciarlo del de la madre, creo que las actitudes de los padres y muchos otros elementos del entorno, tienen una importancia enorme. Por ejemplo, hoy, y ayer también, hemos estado confrontados con cosas de la prensa. La prensa pregunta: ¿es posible la prevención?, ¿qué se puede hacer para que haya menos neurosis? Es una pregunta de sentido común, pero creo que también sería importante que se pudiera abordar.

Paco Muñoz (Madrid). La intervención mía la voy a ilustrar con tres viñetas clínicas. Ha sido la casualidad del trabajo en el servicio público lo que me ha presentado estos tres casos. En el espacio de un mes aproximadamente tuve la oportunidad de tomar contacto con *tres niños que tenían problemas de estreñimiento.*

El caso A tenía un problema de estreñimiento, evidentemente el niño se negaba a hacer caca, pero las explicaciones que daba es que tenía un miedo tremendo a que por el ano le surgieran lombrices y serpientes, y esto era lo que le colocaba en esa situación: angustia ante el hecho de defecar.

El caso B, era el de una niña –todos tenían entre 3 ó 4 años–. que presentaba estreñimiento, que no era tan intenso, tan pertinaz como el anterior, pero lo que decía la niña era que no quería hacer caca porque olía mal y se tapaba la nariz. Siempre que tenía que hacer caca se resistía mucho, la madre no lo conseguía, la niña no quería.

El caso C, era otra niña. Era muy difícil también de convencer para que hiciera caca y, a veces, estaba hasta cinco días. Tuvieron que internarla algunas veces para ponerle enemas en el hospital.

Me parecían tres casos que presentaban un síntoma parecido (bueno, éste último caso se alternaba con momentos de encopresis, o sea un estreñimiento que a veces derivaba en encopresis). Vistos así, los tres casos, –un problema de estreñimento a los 3-4 años, en una fase evolutiva donde la problemática anal estaba presente–, parecía que tenían estos trastornos que podríamos llamar neuróticos. El primero quizá una ansiedad psicótica...

El caso es que, investigando un poco, hablando más con la familia, descubrí tres hechos diferentes por lo que respecta a la estructura familiar.

En el primer caso descubrí que la madre había tenido una depresión post-parto muy intensa, porque había coincidido el nacimiento del niño con la separación de la pareja. La madre se quedó sola y posteriormente se le había declarado, en el momento en que me traían al paciente, un cáncer de mama.

En el segundo caso había «pasado una temporada en casa, unos primitos que se metían mucho en el momento de hacer caca, le acusaban, le decían a la niña «–huele mal–, eres una cochina, eres una guarra». Entonces, la niña se angustiaba mucho y había desarrollado el síntoma en ese momento.

En el tercer caso, la madre me había confiado que estaba embarazada de tres meses y que ésto se había comentado en casa.

Estas tres viñetas, estos tres casos, hacen pensar en *la influencia de los organizadores genéticos,* las etapas evolutivas de la libido, por una parte, y cómo eso influye en el surgimiento de ciertos trastornos neuróticos o psicóticos. Por otra parte, (bueno, en el último caso, me olvidaba: la niña había empezado a ir a la guardería quizás antes de lo habitual), me parece también importante tener en cuenta *la influencia de los organizadores familiares,* en este caso, la separación de los padres y los organizadores sociales, la escolarización, la problemática fraterna, y los traumatismos también.

Por ejemplo, la separación de los padres, el cáncer de mama de la madre, son cosas que, en alguna medida, influyen.

Estos síntomas que presentan tienen una relevancia diferente, según la etapa evolutiva, según la estructuración familiar, según los modos de funcionamiento y creo que para entender la diferencia entre un trastorno neurótico o un trastorno psicótico en la neurosis infantil hay que tener en cuenta estos elementos. Y me uno a lo que decía Fernando Cabaleiro, en relación con el problema de la prevención, porque creo que las indicaciones terapéuticas tienen que ser también diferentes.

En el primer caso, que era mucho más grave, fue indicado un tratamiento psicoanalítico; con el segundo caso, simplemente unos consejos a los padres, una intervención muy breve con los padres fue más que suficiente; con el tercer caso, un tratamiento de apoyo, una psicoterapia no tan profunda parece que fue estos casos. Invito con esas tres viñetas a charlar sobre este tema en relación con la estructura y el funcionamiento, y los organizadores genéticos y sociales.

Luis Martín (Madrid). Como no se trata de contestar preguntas una a una, haré una cierta síntesis de algunas de las cosas que me han sugerido hasta ahora alguna de estas intervenciones.

Hay una palabra que, como a Eulalia, a mí no me gusta nada: es la doctrina. Porque la doctrina hace pensar en una estructura cerrada, en un credo, en un sistema de referencia inmutable, y yo intenté trasmitir la idea contraria: de que en el trabajo de todo psicoanalista o psicoterapeuta debería de haber *una interacción permanente entre una clínica y una teoría,A* que se interrogan la una a la otra sin cesar. Y, en ese sentido, yo planteaba diferentes enfoques que, naturalmente, son enfoques no de estos autores independientes entre sí, sino que son posiblemente distintos enfoques que se dan en Luis Martín, en la cabeza de Luis Martín cuando tiene que enfocar un determinado caso clínico. Pero enfoques, sin los cuales, probablemente yo me encontraría en graves dificultades para entender algunas de las cosas que ocurren.

Tengo un cierto temor de haber transmitido una imagen un tanto pesimista de lo que es este trabajo y cuando Pola, con mucha valentía, hizo un trazo de su propia evolución y de las distintas fases por las que había atravesado, me pareció muy sugerente, de cara a esta preocupación que decía Teresa, es decir, ¿qué pasa con la gente que empieza a ver pacientes en instituciones públicas, que tienen situaciones muy puntuales y muy concretas?

Yo quería transmitir, en cambio, una imagen de bastante ánimo. Pienso que, si no somos muy omnipotentes, esta profesión, que es enormemente frustrante, consiste en hacer lo que realmente uno puede, y lo que uno puede tiene que ver con lo que uno tiene en la cabeza, y lo que uno tiene en la cabeza no puede ser más que *una elaboración teórica relacionada con una experiencia clínica.* Tenemos, afortunadamente, unas herencias extraordinarias; si se habla de padres y de madres psicoanalíticos, evidentemente Freud y Melanie Klein son dos ejemplos a seguir extraordinarios, no creo que haya una persona de más fecundidad teórica, de mayores cambios y de mayores replanteamientos que Freud. La misma Melanie Klein, en un momento determinado, plantea una manera de acercarse a la clínica que después va modificando, en la medida que se va enriqueciendo en su propia experiencia clínica. Yo también tuve mi primer paciente niño, (me parece que psicótico como la mayor parte de los que empezamos) y, evidentemente, no entendía absolutamente nada de lo que ocurría. Hoy, que creo haber elaborado distintas cosas, me encuentro en una situación aparentemente más rica, pero que también me confunde más en muchas ocasiones. Y esto lo digo porque pienso que es un itinerario que no tiene final, no va a haber nunca un momento en que nos sintamos completos y posiblemente vale la pena intentar hacer lo que uno puede.

Alberto Lasa (Bilbao). El esquema del que yo había partido, me lleva a una pregunta, que espero que me contesten esta tarde.

Mi punto de partida era una cuestión epidemiológica. Alguien ha hablado de definir riesgos evolutivos posibles, y mi punto de partida es una cuestión que mucha gente se ha planteado, como es que la patología psíquica tiene un predomonio masculino en la infancia y las cosas se invierten a partir de la pubertad y la adolescencia. Esto me planteaba una cuestión que es: qué pasa en la pubertad, o antes de la pubertad, qué se

reaviva en la pubertad que hace que la incidencia de psicopatología sea mayor en el sexo femenino a partir de esa edad?

A lo que eso me lleva, es a plantearme las cosas *en términos de proceso de identificación* y a la pregunta: ¿el proceso de identificación, es distinto, representa una problemática diferente en el sexo femenino que, en el sexo masculino y tiene mayores costos en el sexo femenino que en el sexo masculino o no? Esta es la pregunta.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1990;9