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.