



Experto en psicología clínica y psicoterapia infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XI. LA NEUROSIS INFANTIL

Neurosis. Origen y definiciones

El término neurosis fue introducido en la bibliografía médica (1777), por William Cullen, en su libro llamado “First Lines in The Practice of Physick”. En una segunda parte de su obra, la titula “Neurosis or nervous Diseases”, trata las enfermedades mentales bajo los síntomas de la dispepsia, palpitaciones cardiacas, la hipocondría la histeria y cólicos. Postula que las enfermedades devienen de enervaciones o depresiones del sistema nervioso. Las divide en cuatro categorías: fiebres, caquexias, desórdenes locales y neurosis. En la que más nos interesa, las neurosis, incluye las afecciones de los sentidos y de los movimientos. La fiebre no es considerada como parte de la enfermedad.

En el siglo XIX se incluyen bajo la denominación de neurosis las dolencias con las siguientes características:

- Se les reconoce a partir de una ubicación orgánica concreta. Por ello, los nombres de de neurosis digestiva, cardiaca, gástrica, etc, en dependencia del órgano. Cuando se trata de la histeria es el órgano del útero; y de la hipocondría, el tubo digestivo.
- Se corrobora que no hay lesión del órgano afectado (en cambio sí se produce una transformación en su funcionamiento).
- Son articuladas como enfermedades del sistema nervioso.

La idea que se conforma en el siglo XIX acerca de la neurosis coincidiría con la posterior referida a la neurosis de órgano y de fenómeno psicosomático.

Desde el ámbito de la gnoseografía, el término neurosis abarca afecciones que se ubican en la actualidad en los tres campos de las neurosis:

- 1.Histeria
2. Psicosomático (neurastenia, afecciones digestivas...)

3. Neurología (Parkinson, epilepsia)

La mayoría de los autores de esta época observan el carácter heterogéneo de las dolencias clasificadas bajo la denominación de neurosis. Se desprenden dolencias en donde se supone que tienen como fundamento la lesión del sistema nervioso (por ejemplo, corea, epilepsia, enfermedad de Parkinson). Por otro lado, en el límite que lo separa de las enfermedades mentales, el grupo de las neurosis tiende a hacer propios cuadros clínicos como las obsesiones y fobias, que, por otra parte, algunos autores los incluían entre las psicosis, las demencias o los delirios.

Janet en Francia (fines del siglo XIX) señala dos tipos de neurosis: La histeria y la psicastenia (Freud lo denominaría neurosis obsesiva). En estos momentos, Freud focalizaba su interés en hacer emerger el mecanismo psicógeno de las afecciones.

Su clasificación se centra en las neurosis actuales, y las psiconeurosis. En las primeras, la etiología que haya es una disfunción somática de la sexualidad; y en las segundas el factor central se debe al conflicto psíquico. Las psiconeurosis son denominadas de defensa. En ellas se inscriben las neurosis, la histeria, y las psicosis. Estas se nombran bajo el término de psicosis de defensa (la paranoia).

En la época, la Psiquiatría hacía la clasificación de psicosis, a la que Freud designó primeramente como “psiconeurosis narcisista”, para posteriormente inscribirla como psicosis maniaco-depresiva.

La definitiva aportación de Freud en el campo de la neurosis es en la medida en que marcó un sentido estrictamente psíquico al término. Deconstruyó las neurosis en dependencia de la etiología y los síntomas que producían.

Definiciones de la neurosis

Ciertamente, el término asume la característica de que no es unívoco para los diferentes autores. Haremos una lectura rápida de algunos de ellos:

Henry Ey señala que es una enfermedad menor de la personalidad. Los síntomas simbolizan los conflictos inconscientes del individuo, desplegando defensas contra la angustia. Aquellas tienen como consecuencia la inhibición de conductas sociales.

Para Juan Conderch es un problema del Yo. Define el término como el producto de la incapacidad del yo para resolver adecuadamente los conflictos inconscientes.

Adler postula que “la neurosis es una especial manera de situarse a la vida”.

Ph. Solomon señala: “Las neurosis constituyen una exageración de lo que todos sentimos a veces, síntomas debidos a emociones en lugar de enfermedades orgánicas”.

Para la APA Americana, la neurosis “se caracteriza por una preocupación ansiosa que se extiende hasta el pánico y que frecuentemente se halla asociada con los síntomas somáticos”.

Pierre Solignac (“Neurosis Cristiana”) refiere que la “neurosis es una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y comprende entre sí el deseo y la defensa”.

Por su parte, O. Fenichel indica que “el conflicto neurótico tiene lugar entre el yo, y el ello. Es una reacción particular del yo frente a ciertas exigencias pulsionales. Bajo la influencia del superyó, el yo intenta defenderse contra los impulsos prohibidos por aquel, de una manera característica para tipo de neurosis”.

Para el psiquiatra Lopez Ibor, las neurosis son “enfermedades del ánimo”.

Para el psicoanálisis “la neurosis es un fracaso ante el conflicto interno o externo”. El interno nos conduce a la dinámica de la personalidad. El externo nos guía al trauma psíquico y a la investigación de la influencia de lo social y humano.



El psicoanálisis plantea la neurosis como un problema existencial. Es una forma de la subjetividad (de ahí que para algunos psicoanalistas la modalidad de la histeria, de la obsesión la tomen como formas subjetivas de existir).

El síntoma se inscribe como la expresión simbólica de un conflicto interno arraigado en la infancia (Laplanche y Pontalis en Diccionario de Psicoanálisis). Conllevan una lucha entre las pulsiones inconscientes y los mecanismos de defensa, bajo el cual el Yo gobierna, de forma fallida en cuanto a la represión de las pulsiones sexuales.

La neurosis en Freud

Abordaremos la concepción freudiana tanto de la neurosis como de la histeria para poder articular el término.

La teoría de las neurosis es equivalente a la teoría psicoanalítica freudiana. Freud apeló a definir sus manifestaciones, y, lo más importante, las causas que la justifican.

Respecto del origen de la neurosis, Freud en sus cartas a Fliess (carta 18) le señala ".../... la sensación de encontrarme frente a uno de los grandes secretos de la naturaleza "(este pasaje es referido por Mannoni, 1985). La correspondencia entre Freud y Fliess siempre fue determinante para el psicoanálisis, ya que permitió el desvelamiento del inconsciente, la sexualidad infantil, y el origen y causa de las neurosis.

El gran secreto se dirimía en los traumas sexuales infantiles. Estos habían sido "olvidados" y enigmáticamente se transformaban en síntomas. Los traumas corrieron el destino de la represión depositándolos en el reservorio del inconsciente.

Hasta 1895, el abordaje de la neurosis era muy simple. Tanto en Viena como en Francia (Charcot, la Salpêtrière); se llamaba neurosis a todo aquello que por diferencia no era psicótico, y además su tratamiento era descriptivo y de forma desordenada.

Freud dio luz a la histeria, haciéndola emerger del "mal nombre" que tenía (prejuicios). Desde la posesión demoníaca en la Edad Media, pasando por la afección orgánica debido a las fallas del sistema nervioso.

Por una parte, los alemanes apostaban por la teoría fisiológica de la histeria, y, por otra, Charcot en Francia la articulaba con la neurología. Hasta ese momento, el tratamiento consistía en la electroterapia, la hidroterapia y la hipnosis. Esta última a través de la palabra (talking cure). Freud coge el testigo de la cura por la palabra. El nacimiento del psicoanálisis como tal queda ligado a la histeria.

En las primeras postulaciones trabajaron Breuer y Freud. En "Comunicación Preliminar y en Psicoterapia de la histeria", dibujan a la histeria como neurosis traumática. "En ambas el síntoma desaparece cuando el paciente consigue detallar el suceso

traumático y expresar en palabras el afecto”. Agregan también la importancia de los recuerdos, quedando anudados a los traumas en la medida en que, indican, no han sido suficientemente abreaccionados. La tarea del terapeuta se dirige a rescatar los recuerdos patógenos una vez que sobrepasa la resistencia.

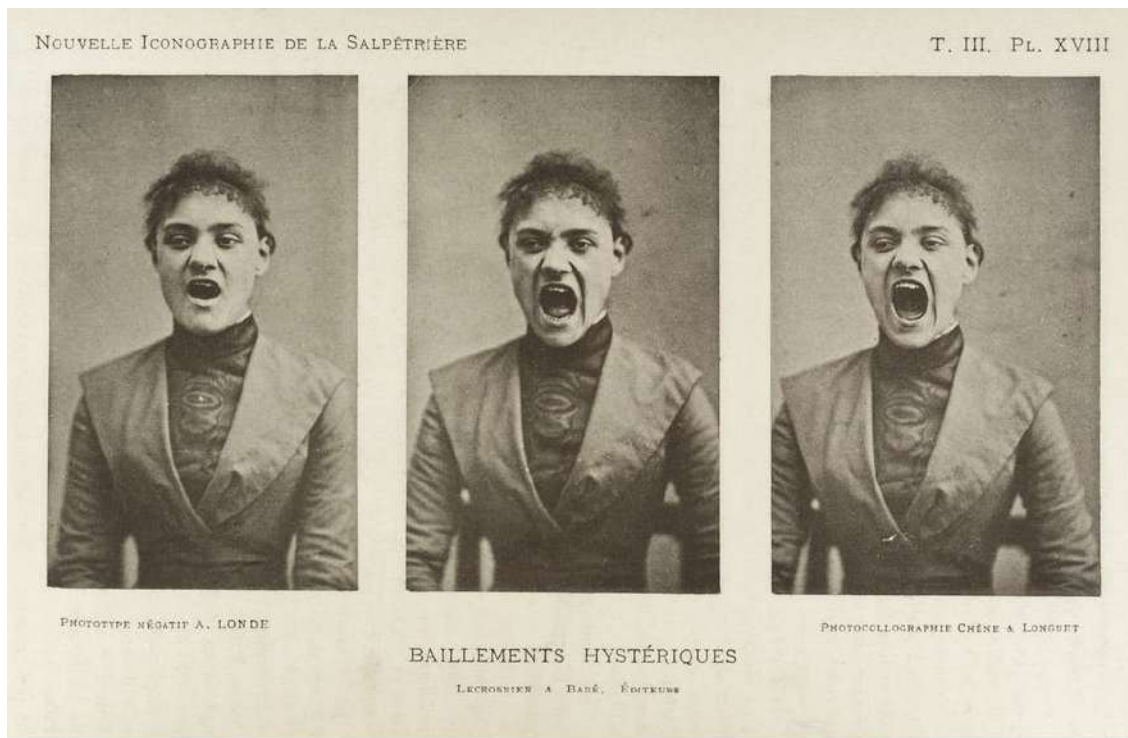
En estos primeros momentos, en “los Estudios sobre la histeria” (1893-1895), Freud observa que la raíz de todos los síntomas neuróticos se encuentra en la represión. Lo reprimido son contenidos sexuales penosos e intolerables correspondientes a la época infantil. El establecimiento de la sexualidad infantil atravesará un camino que desembocará en el planteamiento del complejo de Edipo (1897).

En el texto de “la Etiología de la histeria” (1896), Freud señala que la histeria es la consecuencia de un “conflicto psíquico”. Esto se traduce en una representación intolerable que moviliza rápidamente las defensas del yo. Estas defensas, realizando su trabajo, llevan a reprimir dichas representaciones hacia el reservorio inconsciente. La consecuencia de este movimiento es la irrupción de un síntoma histérico. Freud señala que las experiencias traumáticas tienen un carácter sexual (la irrupción de la sexualidad en el niño es un trauma).

Ya superado el siglo (1907), la repetición deformada de fantasías sexuales, derivado de fijaciones de la libido, tiene un doble fin. Por una parte, se descargan y se desanudan de las fijaciones traumáticas pasadas.

En 1912, en el texto *“Sobre las causas ocasionales de la neurosis”*, Freud da preponderancia al papel del conflicto y de la fijación de la libido. Cuando se pierde el objeto en la neurosis, entonces la frustración apunta a la realización de una influencia patógena. El camino que sigue es que la libido insatisfecha y estancada apunta a los caminos de la regresión hasta alcanzar a un objeto fantaseado y desde él a un objeto reprimido.

Poco tiempo después Freud formula la compulsión a la repetición (1914) de los síntomas neuróticos, y, correlativamente, de sus manifestaciones en la transferencia. Freud (1916-17) perseguirá el significado del síntoma, y lo liga a un nexo histórico de la vida del paciente. Mediante ellos podemos orientar para la formulación de un diagnóstico. Será en 1919 que da luz sobre lo siniestro a través de la repetición de síntomas, adquiriendo la capacidad de someter al principio del placer.



Otro de los aspectos desarrollados por Freud es la oposición entre la neurosis y la realidad. Plantea que cuando se da que la neurosis confronta con la realidad, el Yo desactiva una parte del Ello que corresponde a la vida pulsional. Se reprime, pues, la pulsión. En última instancia, diremos que la neurosis denuncia el fracaso de la represión, al menos en su totalidad, no todo queda sepultado. La neurosis se somete al mundo real. Intenta sustituir la realidad no deseada por otra más acorde al deseo. Lo irá a buscar en el ámbito de la fantasía, en la travesía de la regresión, a un lugar con más posibilidades de satisfacción. En este sentido, el Yo se pone al servicio del Superyó

cuando hace el ejercicio de la represión. Freud apunta que “el yo ha entrado en conflicto con el ello, al servicio del superyó y de la realidad externa, siendo esta descripción válida para todas las neurosis de transferencia”.

Desde el inicio de sus postulaciones en 1895 (*“Proyecto de una psicología para neurólogos”*) hasta la totalidad de sus textos, Freud indica que la neurosis se constituye retroactivamente en la pubertad (*après-coup*). Se justifica en la medida en que su causa se encuentra en la niñez, no teniendo significación en aquel momento. Se produce que el recuerdo reprimido se construye como traumático retroactivamente (*a fortiori*), constituyendo el *après-coup*, el trauma en dos tiempos (por eso exige dos momentos, dos escenas traumáticas. La primera siempre será inconsciente, y la segunda es la que se recuerda de forma imaginaria como “lo traumático”, de forma consciente).

Sobre la gnosiografía paralelamente a los descubrimientos de Freud con respecto a las neurosis, ubica la diferencia entre las psiconeurosis y las neurosis actuales (de 1896 a 1910). Las neurosis actuales son las de angustia y la neurastenia.

En la segunda década del siglo XX (1910-1922) determinó separar las neurosis actuales, (más el agregado de la hipocondría), de las neurosis de transferencia y de las neurosis narcisistas (psicosis). Finalmente, las neurosis de transferencia quedan inscritas por la histeria, la obsesión y las fobias.

Freud establece cuatro categorías psicopatológicas (1923):

1. El grupo de las neurosis actuales
2. El grupo de las neurosis de transferencia: histeria, obsesión y fobias
3. Neurosis narcisistas: depresión y melancolía
4. Psicosis: paranoia y esquizofrenia

Las patologías ligadas al narcisismo y la perversión serán abordadas a partir del año 1925.

Freud En su travesía desde el descubrimiento del inconsciente hasta su fallecimiento, siempre mantuvo el interés por los mecanismos neuróticos. Introducía cambios en la medida en que se precipitaban nuevos descubrimientos. Ahora bien, las propuestas sobre los mecanismos neuróticos no sufrieron cambios determinantes hasta el punto de transformar la teoría. Los factores que siempre barajó son los relacionados con el Complejo de Edipo y la amenaza de castración.

Ya hemos indicado que en la neurosis el conflicto se trata de dos fuerzas opuestas, la sexualidad y aquella otra que tiene la tendencia a reprimirla, en la medida en que la primera es displacentera para la instancia yoica. Los conflictos también se precipitan entre las diferentes instancias, o en una misma instancia, y entre las pulsiones; la de vida y la de muerte. El conflicto nuclear se encuentra en el Complejo de Edipo, ya que sintetiza el conflicto entre el deseo, y la prohibición, entre la pulsión y la represión.



Freud atribuye al conflicto neurótico (desde el punto de vista dinámico) al origen de la represión de la representación

displacentera que a la vez es deseada, y, por otro lado, el de la resistencia que sostiene la representación

reprimida, no permitiendo el acceso a la conciencia. La tarea terapéutica será rastrear el conflicto etiológico, esto es, entre el deseo y la defensa, y del síntoma como formación de compromiso entre ambos.

Los sucesos dolorosos opuestos al principio del placer no se ligan, no teniendo la capacidad de acceder al proceso secundario. La energía libre queda a cargo del proceso primario en una desligadura donde manda la pulsión de muerte. La importancia de todo esto consiste en ligar los impulsos instintivos porque toda energía ligada tiene la posibilidad de transformarse de proceso primario al secundario. Fórmula para ser manejada por el yo. Por tanto, la ligazón es un acto preparatorio que apuntala el dominio de Eros en el aparato psíquico. La energía libre tiene una descarga inmediata, donde el fracaso de esta descarga es causa de la neurosis y el síntoma (Laplanche, 1970).

Los síntomas neuróticos son producto del conflicto. A través de la formación de compromiso conforman un proceso de transacción para ser admitidos a la instancia consciente, aquel en el que se recuerda el sueño, el acto fallido y el recuerdo encubridor.

En 1938, Freud cierra el círculo de la represión: “los síntomas se explican por un retorno de lo reprimido y se produce por medio de la formación de compromiso entre las representaciones reprimidas y las represoras”.

El síntoma neurótico demanda ser escuchado, interpela para aquel que lo quiera oír, y anexo a una relación estrecha con la palabra. El síntoma es un lenguaje que habla e intenta hacerse escuchar. Las relaciones entre síntoma y lenguaje quedan articuladas como elementos indispensables para la cura en la neurosis.

La situación terapéutica sustenta una relación que tiene dos interlocutores. Es un diálogo llamado a superar la neurosis por medio de la palabra, tal como nos dice Didier Anzieu (1979). El síntoma equivale al recuerdo displacentero y olvidado. El recuerdo no tolerable del trauma inicial (sexualidad) es sustituido por el síntoma.

La repetición es sintomática, es una formación de compromiso. El síntoma, el trauma y el deseo son una transacción entre lo represor y lo reprimido. Freud postula que “los

síntomas e inhibiciones son las consecuencias de esas represiones. Vale decir que son el sustituto de eso olvidado” (1938).

Un hecho determinante es la necesidad que tiene el paciente por olvidar, o por negar, o por borrar, en definitiva hacer que nunca existió, a costa de la pervivencia de las experiencias traumáticas, que dándole una vuelta de tuerca se sitúa como repetir para no olvidar (al igual que el sujeto que se da a la bebida, bebe y bebe para olvidar, pero no para de hablar y de recordar a la mujer que le ha dejado). Por tanto, la neurosis se establece como algo eterno donde se reprime y se repite constantemente. Se postula como la historia de un fracaso, de una falla que intenta una y otra vez volver a inscribirse en la medida que quedó inconclusa. La cuestión terapéutica se dirigirá a establecer, a través de la palabra, la historia que quedó desarticulada. Se trata de la reconstrucción de las piezas que dan sentido al puzzle de la existencia. Bar-On nos dice que también se trata de escuchar a los deseos inhibidos que por mucho tiempo constituyeron el “deseo del otro” (1996).

¿Qué significa ser neurótico? Es estar atrapado en la escena del deseo de un otro tercero. Como ya hemos indicado, el síntoma de las neurosis se presenta en la compulsión a la repetición. Repeticiones que son la insistente presencia de vivencias de dolor y desamparo primarias, y que no hacen otra cosa para el sujeto que ratificarse en que se van a volver a presentar. Plá (1996) señala que la neurosis marca, repite y re-pite un deseo que insiste en ser reconocido. El síntoma viene a decir que ahí está para intentar evitar la vuelta de lo traumático frente al repetitivo. Es un éxito de la compulsión a la repetición.

Freud señala acerca del desamparo que va juntamente con la repetición traumática que “aquel sentimiento de lo siniestro que debió quedar en la sombra y ha salido de ella”. “Superar lo traumático (en la neurosis) es una producción que posee valor artístico, supone re-crear la experiencia inicial de desamparo. Algunos logran trasponer el terror

en creación, merced a un deseo de reparación, otros siguen prisioneros del trauma sufrido, repitiéndolo monótonamente” (Freud, 1919).

Elección de neurosis

¿Cabe la posibilidad de elegir la neurosis?

Siguiendo el trabajo de Freud, nos encontramos con que piensa que el síntoma, como producción neurótica, le aporta algún beneficio al sujeto. Se trata de una cierta satisfacción. Eso sí, ignorada por el propio sujeto. De nuevo, es una solución de compromiso, respecto de un conflicto pulsional. Hay un conflicto a resolver y una solución a ello: la producción neurótica.

Primariamente, Freud lo postula como defensa, frente a una representación intolerable. Esta es una representación inconciliable con lo que representa el Yo. Una vez que se



plantea el conflicto, la represión la separa del resto de las representaciones con objeto de neutralizarla. El retorno de lo reprimido se formalizará como una formación del inconsciente: un síntoma, un lapsus, un

sueño.

Posteriormente, mantendrá que las representaciones que se reprimen, por su intolerabilidad con la instancia yoica, son las que entran en conexión con el Complejo de Edipo y que levantan la angustia de castración.

La representación es intolerable porque es sexual; una sexualidad que se precipitó con antelación para el sujeto. Por ello mismo es traumática.

C. Soler señala que aquello que Freud articuló como elección de la neurosis, Lacan lo señala como elección forzada. Es un forzamiento en la medida que no da lugar a otro camino.

Para esta psicoanalista, elección de neurosis equivale a elección sobre el goce. Sigue indicando en este sentido que no hay quien elija como queda atrapado en un goce de más, aún pueda o no el sujeto hacerse responsable de su posición.

J.D.Nasio apunta que *“el neurótico es un ser de miedo”*. Padece por no poder acceder a un goce que lo volvería loco. Ese goce es el incesto.

Las formas que adopta la histeria y la obsesión son respectivamente el deseo como insatisfecho o como imposible. Ambas formas responden frente a lo intolerable. Estamos refiriéndonos a un deseo que remite a los deseos incestuosos infantiles. Y esto sucede en la medida en que para poder constituirse un niño lo tiene que hacer en relación con un adulto. Si el deseo se cumpliera, aquel enloquecería al sujeto por el aplastamiento de la legalidad instaurada a partir de la prohibición del incesto.

Llegado a este momento, el planteamiento que sigue tendrá que ver con el por qué una forma de neurosis y no la otra (histeria, obsesión, fobia). Nasio nos conduce señalando que existen tres tipos de desenlaces del conflicto: en la neurosis obsesiva, el afecto abandona la representación penosa para desplazarse al pensamiento. Por ejemplo, una idea sin importancia ocupa la vida del obsesivo. Esta idea es fija obsesiva. Pero esta idea a un cierto nivel no es penosa, en la medida en que hay algo que no funciona entre el relato y la angustia (la pregunta es ¿cómo es posible que “esta idea concreta” puede ocasionar esta angustia?).

En la forma histérica, el afecto se depositará en el cuerpo, armándose como síntoma somático. Esto es denominado por Freud, conversión. En el caso de las fobias, la carga que en un inicio queda libre en el Yo, posteriormente se deposita en el exterior. Será depositado en un elemento externo que garantice que no se levante la angustia.

El obsesivo sufre de forma consciente en el pensamiento. Sufrimiento del pensar. La forma de sufrimiento en el histérico es conscientemente en el cuerpo. Se transmuta el goce intolerable en sufrimiento del cuerpo. Por fin. El sujeto fóbico sufre del mundo exterior amenazante. Todas ellas, se constituyen como estrategias con el objeto de que no se precipite la angustia (intolerable).

Se trata de forma distintas de abordamiento de un conflicto, no hay elección. Por tanto, cada estructura tendrá sus maneras para resolver el conflicto que se plantea, más allá de que no pueda elegirlas.



Nasio señala diferencias fantasmáticas de cada una de estas neurosis frente a la angustia de castración. Obviamente estas modalidades indican la dirección sobre la organización de la vida de todo sujeto neurótico. Por ejemplo, el obsesivo, en su fantasma, ubica

que la amenaza de castración entra por el oído y la angustia inconsciente resultante se desplaza al pensamiento. En el fantasma histérico, la amenaza de castración entra por los ojos y la angustia se convierte en una erotización general del cuerpo que conlleva a la vez una inhibición centrada en la zona genital. Y, por fin, en el fantasma fóbico la amenaza de castración entra por todos los orificios del cuerpo, desplazándose la angustia al mundo exterior.

Ahora es cuando podemos reflexionar acerca de si el sujeto puede elegir aquello que lo determina como sujeto deseante con el correlato de hacerse responsable de ello. Acceder a su fantasma se denomina “atravesarlo”. Esta travesía posiciona al sujeto

sabiendo algo acerca de como se ofrece al Otro, en su fantasma, esto es, de cómo se hace objeto para el Otro. ¿Para qué?... para intentar evitar la castración.

Lacan, por su parte, ubica a la castración como producto del lenguaje. Desde su posición de sujeto hay una falta. Es un ser en falta.

El trabajo analítico se focalizará en confrontar al sujeto con su inconsciente, en ese punto que lo determina, y no en el tipo de neurosis elegido (forzadamente) porque en última instancia se trata de una defensa, que es inevitable; no hay otra opción ante aquello que es intolerable.

Gerard Pommier señala la misma cuestión, que el sujeto en análisis no hace sino defenderse contra la castración. En la medida en que el sujeto ha sido atravesado por la misma, la respuesta del neurótico es reprimir lo visto, lo oído, lo que entró por los orificios desconociendo que justamente esto lo marca definitivamente en su existencia. Este movimiento hace referencia a que el Otro está castrado.

Este último punto, nos hace reflexionar respecto de la neurosis. Es la respuesta que se da frente al conflicto que emerge por la insoportable castración en el Otro. Este el camino trazado. Realmente, el neurótico no elige, es determinado por la elección de una no elección, como producto y salida del conflicto establecido.

La neurosis en el niño

Como introducción a este epígrafe diremos que no el término “niño” ni el de “adulto” son conceptos de los que se ocupe en psicoanálisis. Éste habla de “sujetos”. Además, hay un resto de “niño” (irreductible) en todo adulto.

Contamos pues no con una definición, pero sí con los distintos momentos en la vida del infante que marcan reestructuraciones simbólicas en la estructura del sujeto, y que favorecen el avance en cuanto a la estructuración de su aparato psíquico.

Por ejemplo:

- No es el mismo niño al que tratamos antes o después del estadio del espejo (construcción del yo).
- Antes o después de aprender a hablar.
- Aprendizaje de la letra escrita.
- Encuentro con el Otro sexo que empuja al sujeto a actualizar todo el bagaje adquirido a lo largo de su existencia con el objeto de responder a ese encuentro.

¿Existe una neurosis infantil?

Freud utiliza el término de neurosis Infantil a través de un caso, “El hombre de los lobos”. Se refiere a la neurosis infantil como el punto de arranque de la neurosis del adulto. Es correcto pensar que para Freud también existe la neurosis infantil expresada como manifestaciones neuróticas en la infancia (“el pequeño Hans”) pero, básicamente reserva el término para articularlo como punto de inicio de lo que más tarde se precipitará como neurosis de adulto.

Tenemos, pues, por un lado, la neurosis y por el otro la neurosis Infantil. No hay diferencia entre neurosis infantil y neurosis del adulto porque se trata de un continuum. En cambio, sí es más acertado indicar que existen síntomas que pueden precipitarse en cualquier momento del desarrollo. Esto sirve tanto para los niños como para los adultos.

El gran descubrimiento de Freud es la sexualidad infantil, cuestión que hasta el momento se inscribía a los niños en posición de inocencia con respecto de ello. Y lo hace a través de la escucha de sus pacientes adultos que son los que le transmiten sus experiencias sexuales precoces.

Este descubrimiento tiene dos momentos:

1. Teoría de la seducción.

Esta teoría Freud la recoge de la escucha de sus pacientes, del relato, de los pacientes cuya expresión es que habían sido seducidos en su infancia por algún adulto (la figura del padre y de la niñera sale a la palestra). Ya hemos señalado la importancia de su correspondencia con Fliess; en ellas postula formulaciones del tipo: a padre perverso le sigue una hija histérica...

Este encuentro de seducción es traumático. El síntoma estaría íntimamente asociado con la represión de ese trauma sexual producido muy tempranamente, incluso antes de su tiempo. Entonces, la postulación de Freud en esta teoría es que tal como reacciona el sujeto ante esa seducción (cuyo efecto es el trauma), se convocaría la elección de neurosis.

Histeria: Si la experiencia es displacentera para el sujeto, éste toma en ella una posición pasiva.

Neurosis Obsesiva: cuando el sujeto toma una posición activa es debido a la experimentación de un exceso de satisfacción.

2. Teoría del Fantasma.

La aparición de esta segunda teoría se debe a la pregunta que se formula Freud acerca de la posible existencia de tanto padre “perverso” (o cortejador), propulsando la idea de que los pacientes en sus manifestaciones le engañaban tal como le señala a Fliess en su correspondencia.

A continuación, nos apoyaremos en algunos textos para conformar la sustitución de la teoría de la seducción por la teoría del fantasma.

Carta 69, 21 de septiembre de 1.897:

“/... Y enseguida quiero confiarte el gran secreto que poco a poco se me fue trasluciendo en las últimas semanas, ya no creo más en mi neurótica...La sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser inculpado como perverso, sin excluir a mi propio padre, la intelección de la inesperada frecuencia de la histeria, en todos cuyos casos debiera de observarse idéntica condición, cuando es poco probable que la perversión contra los niños esté difundida hasta este punto (la perversión tendría que ser inconmensurablemente más frecuente que la histeria...)...la intelección cierta de que en lo Inc. no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida de afecto (todo esto llevaría una solución: la fantasía sexual se apodera de los padres). Todo ello me dispuso a una doble renuncia: a la



solución cabal de una neurosis y al conocimiento cierto de su etiología en la infancia. Ahora no se donde estoy y el factor de una predisposición hereditaria recobra una jurisdicción de la

que yo me habría propuesto desalojarlo... Si yo estuviese desazonado, confuso, desfalleciente, dudas así podrían interpretarse como síntomas de cansancio. Pero como mi estado es el opuesto, tengo que admitirlas como el resultado de un trabajo intelectual honesto y vigoroso y enorgullecerme de ser capaz de una crítica así luego de semejante profundización ¿y si estas dudas no fuesen sino un episodio en el progreso hacia un conocimiento ulterior? ...”

Este primer asalto a la sexualidad infantil le provoco sorpresa, había algo que no cuadraba en todo ello. Nos lo describe en su texto de los Tres ensayos: "... Habiendo debido abandonar, en consecuencia, la acentuación del elemento "traumático" en las experiencias infantiles, para retener tan sólo el hecho de que la actividad sexual infantil (espontánea o provocada) marca decisivamente la vida sexual del adulto. Esta aclaración, que vino a rectificar el más importante de mis errores iniciales, debía modificar también mi concepción de los síntomas histéricos, los cuales no me aparecieron ya como derivaciones directas de los recuerdos reprimidos de experiencias sexuales infantiles, pues entre ellos y las manifestaciones infantiles vinieron a intercalarse las fantasías de los enfermos."

Deja, por tanto, de tener peso la teoría de la seducción, no se trata de un acontecimiento que tenga un soporte en la realidad, abriéndose el espacio para crear la hipótesis y teoría de la fantasía. Esto es, se trata de un fantasma que funcionaría como un dispositivo (no exactamente, pues, como una fantasía al uso).

33ª Conferencia. La feminidad

..../" Interesante episodio de la investigación analítica que me hizo pasar horas penosas... casi todas mis pacientes me referían que habían sido seducidas por su padre. Al fin tuve que llegar a la intelección de que esos informes eran falsos y así comprendí que los síntomas histéricos derivan de fantasías, no de sucesos reales. Sólo más tarde pude discernir en esa fantasía de la seducción por el padre la expresión del Complejo de Edipo típico en la mujer ".

El dispositivo que hemos señalado en párrafos arriba en el que el deseo del sujeto se articula con la sexualidad es el intento del sujeto de articular su deseo con un objeto al que dirigirse. Es una formulación que permite acercarse al Otro.

A Freud le cuesta renunciar la teoría de la seducción, relacionado con el trauma. Al respecto, señala: "...Y ahora nos encontramos la fantasía de seducción en la prehistoria

preedípica de la niña, pero la seductora es por lo general la madre. Empero aquí la fantasía toca el terreno de la realidad, pues fue efectivamente la madre quien, a raíz de los menesteres del cuidado corporal provocó sensaciones placenteras en los genitales y acaso hasta los despertó por primera vez.”

Freud siempre escuchó a los pacientes y los descubrimientos que realizaba siempre eran hipótesis que había que comprobar ulteriormente. Por eso se preguntó qué es lo que constituye la base de este fantasma de seducción. Esto le lleva a ordenar sus descubrimientos sobre la sexualidad infantil alcanzando el concepto de que lo que constituye esta sexualidad está formalizado por el autoerotismo. Lo hace en la medida de su abandono de la seducción del adulto, y al hacerlo se queda con el niño y su cuerpo.

El Otro es la madre. Esta a través de sus cuidados erotiza al niño, le provee de zonas erógenas, sin que, por otra parte, el niño haya entrado necesariamente en la cuestión de la diferencia de sexos, propio del Complejo de Edipo y de la amenaza de castración.

Las teorías sexuales infantiles no es otra cosa que las respuestas que intenta darse el niño frente a ese goce que se precipita en el cuerpo. Por supuesto, la madre no responde a esta pregunta.

Freud introduce una premisa que dará mucho que hablar. Es referente a la existencia de un solo órgano erógeno para los dos sexos (no se refiere a la realidad genital o fisiológica que nos informa acerca de la existencia del pene, de la vagina y del clítoris). Se trata de “la premisa universal del pene”. En este universo propuesto, también se encuentra la madre, que es ubicada como madre fálica (provista de falo-pene).

A esta premisa, le sigue otra postulación, en la dialéctica fálico-castrado. El niño interpretará la ausencia de pene como una falta (dice de la mujer que “no tiene pene porque le falta”). Y en esto ya nos ubicamos en el campo de la castración. El correlato es fácil: si las mujeres no tienen falo (en Freud falo y pene es lo mismo, aunque apunte a

otra cosa, no al órgano como tal, sino a lo que simboliza), luego la castración puede advenir.

Como decíamos antes, toda esta cuestión, toda esta investigación infantil se dirige a responder a la cuestión precipitada del goce. No se trata por tanto de la anatomía. Esta vuela a interpretarse, a significarse en función del momento evolutivo, de elaboración que se encuentre el niño. Desde que el niño accede a este “mundo” de la sexualidad, todo cambia. Lo que antes no tenía consecuencias, a partir de ahora sí. Antes era el ámbito de la inocencia, y ahora de la culpa. Antes existían manifestaciones autoeróticas y ahora se instala el pudor.

Ciertamente se trata de una construcción mítica, un paraíso infantil donde todo estaría permitido (resuena a los pasajes bíblicos), no hay sanción. No olvidemos que esto es un mito, y por ello obligó a Freud a desplazar su concepto de autoerotismo a una edad cada vez más temprana porque el autoerotismo y la inocencia no concuerdan. Si seguimos el mito, esto sucedería bajo la mirada de la madre que no está implicada en la falta, en la castración. Igualmente, esto conlleva a una madre que no tiene deseo (es la falta lo que genera el deseo).

Una vez que Freud descubre el autoerotismo, las preguntas siguientes son fáciles... ¿qué es lo que permite que el niño abandone su cuerpo como lugar de goce y vaya a buscarlo en provecho del cuerpo del Otro?

Esta pregunta que se hace Freud puede guiarnos para entender qué es la neurosis infantil, ya que ésta surgirá en ese tránsito entre la sexualidad infantil (tomada entre seducción y autoerotismo) y la sexualidad adulta (donde se hace presente el tránsito del autoerotismo al cuerpo del Otro, esto es, encuentro con el Otro sexo).

El niño tiene una sexualidad ante un pretendido paraíso autoerótico que no existe. Lo que se deriva es que la sexualidad es siempre traumática.

El concepto de neurosis infantil proviene de la reelaboración teórica que Freud articula de qué es lo que lleva al niño a abandonar el autoerotismo para instalarse en el cuerpo del Otro. Esta elaboración teórica es correlativa a la del llamado “complejo de castración”. Los textos referidos al tema abarcan 20 años. Desde “Los Tres ensayos”, 1905, hasta “Inhibición, síntoma y angustia”, en 1925. Todo un viaje para explicar “que no todo es de color de rosa en el verde paraíso de los amores infantiles” (Michel Silvestre).

La angustia nos ayudará a ubicar nuestro tema, la neurosis infantil. Realicemos una travesía sobre el concepto:

Primera Concepción. La represión crea la angustia. Se reprime un deseo (idea/representación+afecto) quedando así energía, libido, flotante que no logra fijarse en una representación puesto que ésta está reprimida (importante es que no se reprime la idea sino el afecto). Tampoco pueden descargarse en una realización sexual. El destino será que se convierte en angustia (ocurriendo una liberación sexual) .

Segunda concepción. Se produce un giro. Es la angustia quien crea la represión. Nos ubicamos en el texto de 1925 con “Inhibición, síntoma y angustia”. Freud se basa en el pequeño Hans.

Freud reconstruye la neurosis infantil a partir de tres referencias:

Dora y Los tres ensayos, 1905. Aún no se propone situar la neurosis Infantil, a pesar de que argumenta los síntomas de Dora que comenzaron a los 8 años, deteniéndose al cabo de 6 meses, y reanimándose posteriormente, a los cuatro años.

Pequeño Hans, 1909. En este texto señala que la neurosis del adulto está ligada a una angustia infantil siendo continuación de ésta. Nos ubicamos en la primera teoría de la angustia. Esta se piensa como producto de la represión. Freud añadirá que el análisis alcanza el mismo resultado que la represión, pero articulada de forma bien distinta.

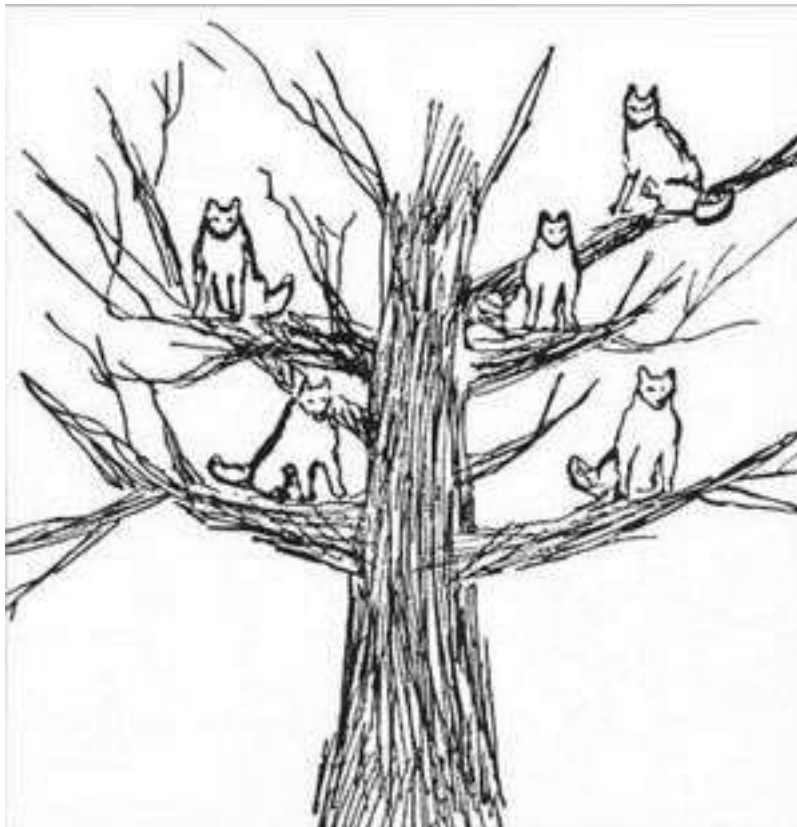
Alcanzamos, pues, dos conclusiones:

1. Hay una neurosis infantil que está inscrita como núcleo de la neurosis del adulto y que se manifiesta en angustia.
2. El análisis resuelve esta angustia. La cuestión importante es que lo hace bajo el mismo resultado al que se dirige la represión.

El hombre de los lobos, 1914. Neurosis Infantil.

La segunda concepción que hemos apuntado señala que la angustia crea la represión. Lo que crea la angustia es el Complejo de castración, es decir, su agente, el padre.

Como ya dijimos, es suficiente que el niño compruebe que no hay una presencia universal del pene para que se precipite la amenaza de castración. Es la función del padre la encargada de poner un límite al goce del sujeto.



Este dispositivo es equivalente al de la escena de seducción que postula Freud. El niño encuentra otro que le significa sobre el deseo sexual. Y esto es lo que articulamos como deseo del Otro. La madre tiene un deseo, aparece como deseante, el padre da la significación a ese deseo.

Antes de finalizar este epígrafe queremos

significar dos cuestiones acerca de la sexualidad:

- Una sexualidad donde el deseo del Otro no interviene porque a este Otro no le falta nada (pene materno-premisa universal del pene-falo).
- Una sexualidad que debe enfrentarse a la castración y al deseo del Otro.

Esto apunta a un borramiento de los límites entre lo normal y lo patológico. Freud busca el encuentro de las causas de la patología del adulto y en ello se encuentra los rasgos que definen la constitución subjetiva.

Neurosis en los niños

La primera pregunta que nos emerge es: ¿Qué dificultades deben ser consideradas normales en un niño y cuáles neuróticas?... ¿cuándo es sólo travieso y cuándo debe considerárselo transgresor? Ocurre que en muchas ocasiones prestamos poca atención a ciertos hechos, signándolos como dificultades diarias y que, por contra, convendrían ser considerados como el inicio de un trastorno de desarrollo.

Trastornos en la alimentación, pueden ser suficientemente importantes, y manifestaciones de ansiedad, a través de terrores nocturnos o de fobias, conviene que sean tomados como síntomas definitivamente neuróticos.

La observación y estudio en los niños pequeños generalmente puede evidenciar que esta ansiedad adquiere formas distintas y disfrazadas, y que aun en épocas tempranas, dos o tres años, expresan modificaciones de la ansiedad que conllevan la actuación de un proceso de represión complejo.

Por ejemplo, después de haberse sobrepuesto a los terrores nocturnos, se pueden presentar por algún tiempo trastornos del sueño, que implica dormirse tarde y despertarse temprano. Conlleva conciliar un sueño que se muestra perturbable o intranquilo, por ejemplo, incapaz de dormir por la tarde. Hechos todos que mediante el análisis se manifiestan como formas modificadas del pavor nocturno originario. En este

grupo se incluyen las manías y ceremoniales a los que se entregan los niños a la hora de dormir, que son perturban fuertemente. En la misma dirección, los primeros trastornos en alimentación se transforman con frecuencia en un hábito de comer despacio, o de no masticar bien, o de falta de apetito, o incluso alcanzando los malos modales en la mesa.

La ansiedad en el niño es observable ante ciertas personas, produciendo frecuentemente una timidez general. Ulteriormente aparece habitualmente como efecto la inhibición en las relaciones sociales o también como vergüenza.

Esta gradación del miedo son solo modificaciones de la ansiedad primaria. En el caso del miedo a la gente, influirá fuertemente en la conducta social del individuo. Una fobia



que emerge frente a ciertos animales será sustituida por una aversión hacia ellos o quizá a los animales en general. El temor a las cosas inanimadas, cosa que para los niños tienen vida, conllevará ulteriormente una inhibición (y evitación) de las actividades

relacionadas con ellas. Por ejemplo, la fobia de un niño por los teléfonos se pondrá en juego posteriormente como aversión a telefonear. En otros casos, el miedo a la calle aumentará la aversión a salir a caminar, etc. en este ámbito podemos incluir la inhibición para los deportes y juegos activos. Las inhibiciones se pueden articular de

diversos modos: desde disgusto, como aversión a ciertas formas especiales de deporte, como un desagrado en general hacia ellos, o cierta predisposición a la fatiga, etc.

El adulto normal tiene la posibilidad de aplicar la racionalización de estas aversiones diciendo que tal cosa es "aburrida" o quizá de mal "gusto" o "antihigiénico"... y muchas otras cosas más. En el niño, la aversión y hábitos de esta clase son más intensos y menos aceptados socialmente que en la persona de un adulto. El entorno del niño puede aplicar el nombre de "maldad". Pero significan que son la expresión de la ansiedad y del sentimiento de culpa. Se encuentran asociados con las fobias y con los ceremoniales obsesivos. Y, ciertamente, provocan resistencias a nivel educativo. Pudiendo ser tratados terapéuticamente.

Suele acontecer que los niños puedan presentar hiperactividad acompañada de una actitud desafiante y dominante. Esta actitud puede ser interpretada de diversas maneras por el entorno; desde el temperamento o la desobediencia. En cambio, esta conducta es una sobrecompensación de la ansiedad. Este método de modificar la ansiedad tiene gran influencia en la formación del carácter del niño y en su actitud futura ante la sociedad.

La inquietud que a menudo acompaña a esta hiperactividad es un síntoma importante. Las descargas motoras que opera el niño al inquietarse se condensan en el período de latencia, a través de ciertos movimientos estereotipados que con frecuencia pasan inadvertidos en el cuadro de hiperactividad que se da el niño. En la pubertad, y a veces ya en la prepubertad, pueden volver a emerger. Pueden "armarse" como la base de un "tic".

La aversión, y evitación, a jugar juegos activos en general, la falta de habilidad en los juegos, son un pronóstico de futuras inhibiciones en deportes, siendo siempre un indicio importante de que algo anda mal.

Hay niños que oponen resistencia a la aclaración sobre los temas sexuales. Igualmente es un de que algo marcha mal. Si se anulan de preguntar sobre estos temas, lo que a menudo ocurre, y posterior o alternativamente la producción de preguntas obsesivas, podemos considerarlo como un síntoma basado en afecciones frecuentemente serias de la pulsión de conocer y de saber. Su correlato en el adulto es la manía de cavilación.



La tendencia en los niños a quejarse y la frecuencia de caerse, hacerse daño serán consideradas como maneras donde se expresan miedos y sentimientos de culpa. En definitiva, son sustituciones de autodestrucciones más graves y pueden simbolizar intentos de suicidio con medios insuficientes. En muchos chicos, especialmente varones, una extremada vulnerabilidad y sensibilidad al dolor es reemplazada tempranamente por una exagerada indiferencia, que no es otra cosa que una defensa elaborada contra la ansiedad seguida de una modificación de la misma.

También hacemos entrar en juego la concurrencia cuando se realizan regalos a los niños. La actitud del niño frente a los regalos es típica. Algunos de ellos son insaciables al respecto y ningún regalo convoca a una satisfacción real y duradera. Para otros, el regalo no es de interés, siendo indiferentes frente a los regalos. En los adultos podemos observar exactamente lo mismo. Entre las mujeres encontramos aquellas que siempre

anhelan ropa nueva y en realidad no la gozan, concurriendo la circunstancia de que no "tienen qué ponerse". En el análisis emerge la cuestión de que los regalos significan para el niño el amor que él no pudo tener. Digámoslo así: la leche y el pecho de su madre, el pene del padre, orina, heces, bebés, etc... lo relacionado con lo que ya hemos denominado objetos parciales. Por tanto, los regalos pueden cumplir la función de aliviar también su sentimiento de culpa, en la medida que hace presente que las cosas son dadas libremente frente a las cosas que el deseo tomar-se por medios sádicos. En el inconsciente del se instala la idea de que la falta de regalos, como todas las otras frustraciones, son un castigo derivado de sus impulsos agresivos, asociados a su vez a sus deseos libidinales.



Las neurosis y la formación del carácter están asociadas. En los análisis de adultos se producen favorables cambios de carácter. Al igual que en los análisis de niños grandes siempre se producen cambios beneficiosos

caracterológicos, en aquellos análisis tempranos, al dirimirse las neurosis, se atemperan las dificultades en la educación. Se resuelve, pues, que se articula una cierta analogía entre las dificultades educacionales en el niño pequeño y lo que en el niño mayor y en el adulto se denominan dificultades caracterológicas.

Un aspecto relevante a señalar es que cuando articulamos sobre el carácter nos hagamos en el individuo mismo, aún cuando su "carácter" tenga una influencia turbulenta sobre su ambiente, por cuanto al hablar de "dificultades educacionales" nos

sobreviene la idea de las dificultades de las personas encargadas del niño. Así, frecuentemente dejamos de lado el hecho de que estas dificultades educacionales son la expresión de procesos importantes de desarrollo que alcanzan a concretarse con la declinación del complejo de Edipo. Como dificultades educacionales excesivas en el niño surgen los procesos que han formado y están todavía en proceso de formación de su carácter y que serán la base que sustente cualquier futura neurosis. Esto nos induce a pensar que podemos tomarlas más acertadamente como dificultades caracterológicas y como síntomas neuróticos.

Al idear aquello que es neurótico en un niño no podemos aplicarlo a los standards apropiados de los adultos. Es inadecuado realizar la equivalencia que los niños más cercanos a lo que es un adulto no neurótico son por ello mismo menos neuróticos. Por ejemplo, un niño pequeño que cumpla todos los requisitos de su educación y no se deje arrastrar por sus fantasías y sus pulsiones, esto es, un niño que imaginariamente lo



cataloguemos como bien adaptado a la realidad y además observemos pocos signos de ansiedad, será un ser precoz, sin duda, pero sin encanto. Será anormal (donde la “a” es una negación) de forma absoluta. Si le

añadimos que su vida imaginativa ha sufrido una importante represión, necesaria para tal desarrollo, tendríamos entonces que pensar que su futuro no es muy halagüeño. Podemos establecer que su neurosis no es menor que la del niño común, sino que la

diferencia es que no hay síntomas (esto nos invitaría ante un eventual tratamiento de un niño en estas condiciones, a ayudar a la producción de un síntoma: es una evolución), y como conocemos por los tratamientos adultos, una neurosis con estas características es frecuentemente muy seria.

La diferencia entre un niño menos neurótico a otro más neurótico, además del grado cuantitativo, es la modalidad de comportamiento a la hora de afrontar estas dificultades.

Los signos característicos de una neurosis infantil que hemos descrito son un punto de partida para el investigar, los modos cómo el niño ha modificado su ansiedad y de la posición fundamental que ha adoptado. Por ejemplo, puede suponerse que, si a un niño no le gusta asistir a representaciones de ningún tipo, como teatro o cine, o no tiene placer en formular preguntas y es inhibido en el juego o puede jugar solo donde no tenga a trabajar su imaginación, está sufriendo de graves inhibiciones de su instinto de conocer y de una potente represión de su vida imaginativa. Ciertamente estas inhibiciones quizá no se traduzcan en que se encuentre bien adaptado y parecer que no está afectado de trastornos importantes a tener en cuenta.

Es correcto pensar que, en los casos típicos aquí descritos, el destino para que el niño logre una estabilidad real psíquica en el futuro por venir no son favorables. También la observación y marca que deja el niño por su manera de comportarse, su expresión facial, sus movimientos y, por supuesto, el lenguaje, denuncia el fracaso de su adaptación interna. En muchos casos, solo un tratamiento puede confirmar la gravedad de tales trastornos.

Después de lo mencionado, procede proseguir en la consideración de las manifestaciones que el niño pone en juego y que puede alcanzar la significación de estar bien adaptado de forma interna. Valoramos si goza jugando y da rienda libre a su fantasía, estando al mismo tiempo, bien adaptado a la realidad; también si tiene

relaciones buenas no excesivamente afectuosas con sus objetos. Otro buen signo es si presenta respecto a la pulsión de saber un desarrollo relativamente tranquilo, sin tener el carácter de compulsión e intensidad que caracteriza a las neurosis obsesivas. La aparición de un cierto monto de afecto y de ansiedad se ubica como precondition para un desarrollo favorable.

Estas postulaciones acerca de un pronóstico favorable tienen un valor relativo, y, por supuesto, no constituyen garantía absoluta para el futuro. Hemos de tener en cuenta que también se puede precipitar la neurosis en dependencia de realidades externas que irrumpen y que pueden ser favorables o desfavorables donde el niño estará convocado a enfrentarlas.

Organizaciones neuróticas en la infancia

Conviene diferenciar entre estados ansiosos articulados al propio desarrollo y aquellos estados de ansiedad que son patológicos.

En el niño se pueden presentar importantes desventajas, como un empobrecimiento relacional, una inhibición en el campo de las actividades. Altera y transforma el acceso del niño a la autonomía e independencia, pudiendo constituirse en estados que se cristalizan posteriormente en trastornos mentales en el adulto. La neurosis infantil puede inscribirse dos sentidos diferentes:

En el primero, signa un estado mórbido que se desarrolla en la infancia, prosiguiéndole una neurosis de adulto como efecto de su continuidad. Esta neurosis inicial expresa conflictos intrapsíquicos interiorizados.

En el segundo de los sentidos, signa síntomas que pudieron haber pasado desapercibidos, sin una manifestación clínica reconocida (asintomática), que pueden haberse dado en un momento del desarrollo, adquiriendo sentido en la neurosis del

adulto y que se arma como base de la neurosis posterior; surge en la re-construcción que se lleva a cabo en el análisis del adulto.

En general, todos los autores que han investigado estas manifestaciones son muy prudentes respecto de la significación de los síntomas. Por ejemplo, Ajuriaguerra señala que “en el niño con frecuencia el síntoma parece proceder directamente del conflicto, como un compromiso pasajero, modificable, como una defensa lábil pero necesaria en ese momento, como un alto en el desarrollo para mejorarlo, como un signo pleno de implicaciones para establecer un diálogo, como un instrumento mal elucidado...”.

Si observamos la edad, la situación y la organización personal alcanzaremos a entender los elementos inhibidores de esta sintomatología. También podemos evaluar el contexto comprobando que la sintomatología se manifiesta en un momento concreto de la evolución resultando de ello modificaciones positivas para el sujeto y de su ámbito. Por su parte, Lang apunta que la condición para hablar de una estructura neurótica en el niño es que podamos relacionarla con la angustia de forma significativa. Señala algunos puntos a tener en cuenta:

Puntos a tener en cuenta para la estructura neurótica según Lang.

- La angustia en el juego es la angustia de la castración.
- Los mecanismos de defensa específicos.
- Los síntomas característicos.
- Procesos dinámicos asociados a una problemática de conflicto que conlleva instancias constituidas, diferenciables y relaciones triangulares edípicas.
- Los síntomas corresponden a una formación de compromiso entre las instancias del Yo y el Ello.

En la infancia y adolescencia es complejo tomar un trastorno ansioso de forma aislada, sin conexión ya que lo frecuente es que se articulen con otro. La valía de los signos neuróticos conviene ponerlos en relación a la propia historia del sujeto, contextualizarlo, esto es, el sentido que alcanza la organización personal en conjunto. También conviene considerar elementos como su labilidad o su rigidez, la adquisición de capacidades de superación y de elaboración. Se establecerá el resultado de lo que indicamos en el momento en que articulemos las capacidades del niño y el de las relaciones con su medio ambiente. Aquello que define la neurosis es la forma particular de organización personal, no su aislamiento como comentábamos más arriba.

Manifestaciones de la angustia

Angustia proviene del latín angosto, y éste de “ango” que significa estrecho, sofoco, oprime la garganta. Es un miedo intenso e inconsciente (sin causa que los justifique), que se vivencia como un extraño desasosiego interno bajo el modo de temor a perder el juicio, a la muerte o a dejar de ser. Conlleva desesperación y miedo atroz. Es inherente al desarrollo humano. Es un elemento que construye, estructura a la persona, cuya patología reside en la intensidad, duración e incapacidad del niño para elaborarla. Implicará consecuencia para su vida cotidiana en los ámbitos sociales y privados (vida psíquica).

La angustia neurótica se focaliza alrededor del temor al fracaso, de la imposibilidad de satisfacción en los deseos, del no reconocimiento por el otro (inermidad), del temor al castigo; en fin, a la castración. Si cambiamos de estructura de personalidad, la psicótica es masiva, flotante, no localizada y desestructurante. Se focaliza en los temas de hundimiento, de fragmentación y hasta de liquidación personal (pulsión de muerte).

La angustia neurótica se manifiesta:

- Miedo intenso e inconsciente
- Temor al fracaso. Imposibilidad de satisfacer los deseos
- Inermidad
- Temor al castigo
- Amenaza de un peligro
- Síntomas elaborados por los mecanismos de defensa. Transacción.

La angustia es un afecto. Es doloroso, implica la amenaza de un peligro o una tensión amenazante que frecuentemente se define como un miedo sin objeto en el correlato de la realidad. Es actual en los trastornos neuróticos, se expresa directamente o a mediante síntomas elaborados por los mecanismos de defensa.

Manifestaciones precoces

En el lactante se confirma cuando se precipita la aparición súbita de reacciones comportamentales intensas como manifestación de la angustia. Por ejemplo, llantos, gritos con tonalidades particulares, agitación motora. Estos episodios son observables a partir del segundo semestre, momento donde se inicia el movimiento de separación de la madre.

Algunos de los síntomas somáticos manifestados en el lactante con la relación con su madre son los cólicos idiopáticos y espasmos de sollozo. Estos pueden ser asociados a la angustia. El niño más mayor manifiesta la ansiedad con sensaciones de malestar físico, hipervigilancia inquietante, o agitación motora.

Ansiedad crónica.

Indicamos algunas de las manifestaciones frecuentes de la ansiedad en los niños a partir de los seis años. Son habituales las quejas somáticas, trastornos del comportamiento (generalmente inhibido), dificultades para organizar un juego o una actividad. E incluso la ansiedad se puede investir con bravuconería, temor a los accidentes, validación de seguridad, sentimientos culpógenos.



Paroxismos ansiosos (aparición brusca, violenta y abrupta. Es un episodio agudo generalmente desencadenado por un acontecimiento en un contexto específico: el niño aparece aterrorizado, despavorido o intenta huir de

una representación terrorífica) con palidez, taquicardias, y vómitos. Puede darse una alteración de la conciencia (pérdida de referencia espaciotemporal, discursos confusos que podrían hacernos pensar en delirios La crisis finaliza de forma brusca. Se encuentra ligado al contexto que envuelve al niño.

Ataques de pánico. Se pueden dar ansiedades episódicas agudas asociadas con síntomas neurovegetativos intensos que se precipitan sin relación evidente con un evento exterior que lo desencadena.

Manifestaciones de ansiedad ligadas al sueño.

Estos son frecuentes. Pueden ser trastornos de adormecimiento, frecuentemente articulados a elementos fóbicos. Se pueden producir entre 2 y 6 años.

También se puede alterar el sueño por la irrupción de sueños angustiosos (pesadillas, terrores nocturnos). El niño se despierta angustiado siendo factible tranquilizarlo. También es capaz de relatar su pesadilla. Los terrores nocturnos son episodios de naturaleza dramática en los que la angustia paroxística emerge con manifestaciones neurovegetativas intensas y la expresión de un estado confusional. Es habitual que en estos episodios se pueda producir la amnesia

Clasificamos varios tipos de trastornos del sueño: angustia al acostarse, ritos al acostarse, angustia hipnagógicas (se formaliza en el adormecimiento), fobias en el sueño, angustia durante el dormir, despertares angustiosos, tirrias del sueño (movimientos rítmicos durante el sueño), y el “jactatio capitis”, se precipita en el estadio de duermevela (golpes de cabeza con violencia en la almohada).

Trastorno de angustia por separación.

Se produce cuando el niño es separado de las personas con las que se encuentra habitualmente vinculado y apegado con una manifestación de ansiedad excesiva. La diferencia de la angustia por separación normal en el curso del desarrollo es porque emerge más tardíamente sus efectos. Presentan tres series de signos: El desamparo por la separación: puede establecerse hasta alcanzar estados de pánico. Otro de los signos es la rumiación conjuntamente a las preocupaciones mórbidas con la posible influencia a bloquear el contenido mental del niño. Este trastorno puede configurar una fobia escolar.

Fobias en el niño

Las fobias son definidas como miedos padecidos en relación a objetos (exterior del sujeto) que no conllevan objetivamente un peligro. El sujeto tiene la capacidad de discernir la naturaleza excesiva o irracional del miedo. Sus acompañantes son las evitaciones o reaseguramientos permanentes por la presencia de una persona u objeto.

Miedos arcaicos y fobias.

Conviene señalar que en las fobias los miedos transitorios sin significación simbólica que pueden suscitarse a partir del sexto mes desencadenados por elementos naturales (oscuridad, tormentas), o también por situaciones imprevistas. El temor y evitación frente a personas extrañas, angustia a los ocho meses, para algunos autores confiere el prototipo de las manifestaciones fóbicas. Estas manifestaciones que en principio son eventuales pueden convertirse en duraderas tanto como para dificultar los inicios de la socialización.

Los síntomas fóbicos.

Habituales entre los dos y seis años. A los dos años se pueden precipitar las fobias a la oscuridad, que tienen como consecuencia una dificultad para conciliar el sueño; dicho temor puede proseguir concretizándose a los espacios oscuros.

Síntomas fóbicos

Entre los dos y seis años:

- Fobia a la oscuridad
- Temor a los espacios oscuros
- Fobias a animales. Primero animales grandes, después pequeños.
- Fobias a lugares

En la pre y adolescencia:

- Fobias escolares

Las fobias a los animales aparecen un poco más tardíamente hacia los 3-4 años; en general son durables, pero permanecen limitados a uno o a algunos animales específicos; de entrada, recaen en animales grandes, y después sobre los pequeños; frente a los animales grandes el temor se expresa a ser mordido o atacado; en los animales pequeños es más bien el contacto táctil que suscita repulsión.

Las fobias de lugares, equivalentes a las fobias observadas en los adultos angustia a las calles, vértigos, claustrofobia, agorafobia... en los niños no se sitúan hasta los cinco años).

Las fobias escolares son relativamente frecuentes, se suceden fundamentalmente durante la preadolescencia y la adolescencia. Se caracterizan por la irrupción de accesos de angustia en el momento de partir para la escuela (a veces de una forma muy enérgica), con una fuerte inclinación a refugiarse en la casa, a pesar del interés por acudir al centro formativo.

Evolución de las fobias.

El periodo princeps donde podemos situar a las fobias es desde los tres a los cinco-seis



años. Frecuentemente son transitorios y limitados, con poca obstaculización en el comportamiento social del niño. Forman parte del desarrollo normal. Al respecto, Winnicott llega a decir que si hay ausencia de

fobias podría ser algo que nos hiciera pensar en que sucede algo anómalo.

En cambio, sí existen las que adquieren un valor patológico, bien por su intensidad, por su carácter invasivo e invalidante. La ocurrencia de imprevisto de temas fóbicos

múltiples, asociados en general a una ansiedad crónica son temas poco habituales; por ejemplo, fobias a objetos que pinchan, cortan, fobias al envenenamiento, etc.

Manifestaciones obsesivas. Rituales y manifestaciones obsesivas precoces

Durante la primera infancia podemos observar rituales con cierta complejidad. Por ejemplo, exigencias de la presencia de objetos, de algunos actos ejecutados en un orden secuencial exacto, con especial atención en el momento de dormir. Estos rituales corresponden a una batalla contra la angustia y tienen una relación estructural con los síntomas obsesivos. Normalmente, el niño no siente molestia antes estos rituales en la medida que conforma una experiencia que puede ser lúdica.

Manifestaciones obsesivas en el periodo de latencia

En el tiempo de la escolaridad pueden sucederse rituales más complejos, tales como colecciones, verificaciones, actos con valor conjugatorio, juegos supersticiosos, etc. Ciertos niños se vuelven muy meticulosos, organizan concienzudamente el empleo del tiempo, verifican una y otra vez sus deberes, o repiten los repasos. También concurren las preocupaciones sobre las enfermedades y la limpieza.

Estos comportamientos merecen un detenimiento que nos invita a evaluarlos psicopatológicamente. En ello, valoraremos la intensidad de la compulsión, la adherencia del niño a estos rituales, su inclinación hacia la extensión y su asociación con pensamientos obsesivos o fóbicos. Estos elementos obsesivos pueden tornarse invasores, inhibir conductas y con posibilidad de que los procesos intelectivos queden afectados.

Manifestaciones obsesivas en la adolescencia.

En la adolescencia pueden presentarse con cierta frecuencia ideas obsesivas transitorias, pensamientos sobre preocupaciones metafísicas (la vida y la muerte), escrúpulos morales en exceso, y preocupaciones culpógenas por la práctica onanista.

Neurosis obsesiva.

En el periodo preadolescente y propiamente adolescente pueden precipitarse neurosis obsesivas; podemos observar fácilmente las manifestaciones y los mecanismos de defensa (aislamiento, anulación, denegación) desplegados en la neurosis obsesiva del adulto.

En referencia a los rasgos de carácter comprobaremos el perfeccionismo, la necesidad excesiva de orden y de limpieza. A ello se asocia un sentimiento de coacción interno y de sufrimiento psíquico. Los síntomas obsesivos se manifiestan en ideas relacionadas en general a problemas metafísicos o de preocupaciones relacionadas con la enfermedad (aprehensión), la muerte.

Relataremos también el temor-terror a la compulsión obsesiva de la realización posible de actos agresivos o la utilización de palabras soeces. Rituales compulsivos más o menos complejos como la erotomanía, rituales de verificación y rituales de lavado.

Tics y obsesiones.

Aunque de forma leve, podemos observar la adhesión a los rasgos obsesivos de tics. Se pone en juego la conducta motora compulsiva articulada a ideas de carácter obsesivo.

Síntomas de conversión. Histeria en el niño

Ya señalamos que el mecanismo de la conversión es de formación de síntomas consistente en una forma de resolución de un conflicto psíquico. Conlleva una

transposición a síntomas somáticos, convirtiéndose una significación simbólica que contribuyen a mantener los beneficios secundarios.



Son más frecuentes a manifestarse en el periodo prepubertad o pubertad. Afectan fundamentalmente a las funciones de relación y al aspecto locomotor, a las afonías, disfonías, trastornos de la marcha, pseudoparálisis, abasía, astasía.

Se puede descartar el correlato neurológico por tres elementos: lo espectacular de los síntomas, su ausencia cuando la atención del niño es desviada y cuando piensa que esta solo.

Son habituales los síntomas que afectan al aparato sensorial. Nos referimos a la hipoacusia, pseudoceguera, pérdidas de conocimiento, crisis paroxísticas, a irrupción convulsiva. También los trastornos de la conducta alimentaria son factibles de observar que igualmente están determinados por un mecanismo de conversión. Por ejemplo, las disfagias, ciertas anorexias, algunos vómitos psicógenos, y dolores abdominales.

Personalidad histérica.

Es habitual notar que los rasgos característicos de la personalidad histérica son con frecuencia observados en el niño, sobre todo antes de los siete u ocho años. Podríamos preguntarnos en qué niño no nos encontraríamos una tendencia a la sugestionabilidad,

a la labilidad emocional, un cierto egocentrismo, el deseo de seducir o al menos de atraer la atención de los otros. De hecho, es la persistencia de esos rasgos infantiles en un adulto lo que tiene valor de síntoma. En el niño lo que es significativo es la intensidad, permanencia y sobre todo la persistencia de esos rasgos en el periodo de latencia: testimonia la imposibilidad de algunos niños de establecer otros modos de relación con el otro.

Inhibición.

Su manifestación puede ser aguda o crónica. Afecta a diferentes aspectos del funcionamiento psíquico y de las conductas. La inhibición es un proceso activo de aminoramiento o puesta en suspenso de una función que en principio no se muestra deficitaria. Para Freud, se trata de una limitación funcional del Yo; la finalidad



es no entrar en conflicto con el Ello. En última instancia se trata de evitar confrontaciones con las pulsiones libidinales y agresivas.

La denominada inhibición aguda se manifiesta como interrupción del pensamiento, o del discurso, o como una dificultad ante la reflexión, quedarse en blanco en un examen, en un sujeto que, anteriormente, al parecer se encontraba bien.

Se moviliza en situaciones de examen u otras en las que al niño se le exige ponerse en juego. A menudo puede ser permanente desde la primera infancia, sosteniéndose durante todo el desarrollo infantil. Son niños que se les declara inmaduros, holgazanes, y hasta débiles. Su reacción es la huida ante estas situaciones de angustia para ellos, no presentándose, evitando el encuentro.

Inhibiciones psicomotoras.

Su manifestación es la lentitud, la disminución de la actividad motora, de una gestualidad muerta, discretos en lo que se refiere a la amplitud de su expresividad. Conlleva dificultades para iniciar el acto. Son niños poco activos, tímidos, con tendencia a la rigidez.

Inhibición relacional.

Su expresión es referida a la actividad con los otros. Con cierta frecuencia el niño reduce su ámbito a un espacio limitado en el que se refugia para soslayar el contacto con otros. Su opción es apartarse, aislarse, incluso alcanza la opción de la fuga (si está en un encuentro, se fuga sin que nadie lo sepa, sigilosamente). Hace acopio de timidez excesiva que puede alcanzar el mutismo (puede ser selectivo). El discurso espontáneo es realizado con voz baja sus respuestas son lacónicas o palabras mecánicas, con grandes dosis de indecisión.

Inhibición intelectual.

Como producción de los trastornos neuróticos se produce la inhibición intelectual. Es un freno de la motivación, a la actividad del pensamiento. Existe una imposibilidad de organizar la eficiencia intelectual. Esta se puede producir en la actividad imaginaria, de forma global, en el juego, en el dibujo.... se posicionan con temor a que los interroguen; también a equivocarse y a que se precipite el quedarse en blanco.

Inhibición afectiva.

Con esta se produce la timidez, la tontería, el sentimiento íntimo de inferioridad; también de duda y de inquietud. tiene dificultades en expresarse, en hablar en alto en la medida en que puede enrojecer. Por último, pueden presentar comportamientos agresivos, de cólera, llanto y grito evidenciando el fracaso del control inhibitorio.

Bibliografía

- Achenbach, T. The Child Behavior Profile: I Boys Aged. Journal of Consulting and clinical Psychology. Vol. 46, N° 3, 1978.
- Barcelona, D. y De Ajuriaguerra, J. Manuel de Psicopatología del niño. Masson 1996.
- Belloch, A. Sandin, B. y Ramos, F. Manual de Psicopatología. Vol. I. Mc Graw – Hill 1995.
- Cáceres, W. Trastornos neuróticos en niños. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, 1996.
- Cantwell, D. y Carlson, G. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Martínez Roca, Barcelona 1987.
- Casalis, D. Gran Diccionario de Psicología. Del Prado, Madrid 1996.
- Christine, M. y Boyle, H. El Diagnóstico en psiquiatría. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
- De Ajuriaguerra, G. Manual de Psiquiatría Infantil. Masson, BCN 1993.
- Duche, D. La psiquiatría del niño. Oikos- sup., Barcelona 1977.
- Finch, S. Fundamentos de Psiquiatría infantil. Psique, Buenos Aires 1970.
- Ibañez, F. (1990). Trastornos graves de la infancia y la adolescencia. En: J. García y Cols Psicología Evolutiva y Educación infantil. Santillana, Madrid 1990.
- Johnson, J. Rasbury, W. y Siegel, L. Métodos de tratamiento infantil. Limusa, México 1992.
- Kanner, L. Psiquiatría infantil. Paidós, Buenos Aires 1996.
- Lareg, J. Introducción a la Psicopatología Infantil. Paraninfo, Madrid 1985.
- Monedero, C. Estudio de Psicopatología Evolutiva. Biblioteca Nueva, Madrid 1990.
- Ollendick, T. y Hersen, M. Psicopatología infantil. Martín Roca, Barcelona 1986.

- Szekely, B. El niño neurótico: Reeducción y Psicoterapia. El Ateneo, Buenos Aires 1943.
- Vidal, G. Psiquiatría. Médica – Panamericana, Buenos Aires 1986.

Cuestiones

1. Qué se indica bajo la denominación de neurosis en el siglo XIX.
2. Señala algunas definiciones sobre la neurosis.
3. Resumen las neurosis en Freud
4. Aporta los dos momentos del descubrimiento de Freud con respecto de la sexualidad en los niños.
5. Háblanos sobre la neurosis en los niños.
6. Con respecto de las organizaciones neuróticas, indícanos las manifestaciones de la angustia y de las obsesiones.
7. Intenta realizar tu propia definición acerca de la neurosis infantil.