



Experto en psicología clínica y psicoterapia infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XII. FOBIAS. TERRORES NOCTURNOS

Introducción

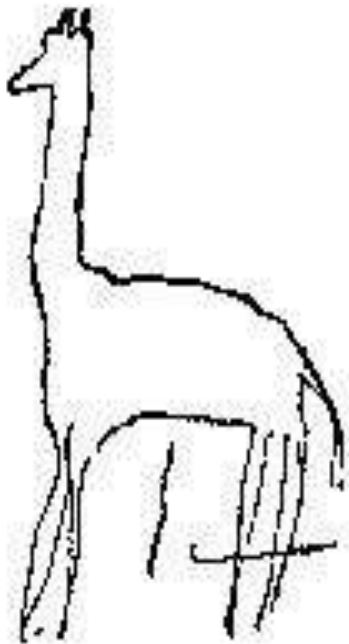
Desde que Freud empezó a rastrear la dinámica de la psique humana tomo interés por los diferentes aspectos de la vida del niño: desde su sexualidad, sus fantasmas, cómo elabora su pasado, su culpabilidad, su angustia y, por supuesto, los conflictos que emergen en él.

Durante el periodo de 1893-95, sus estudios estuvieron presididos por la colaboración con Breuer. Evocan por vez primera el rol patógeno de los traumatismos infantiles en el terreno de la sexualidad. En 1900, en la interpretación de los sueños postula que el sueño es el guardián durmiente contras las excitaciones externas e internas que reactualizan un deseo infantil inconsciente. Posteriormente analiza los sueños de deseos no realizados en niños pequeños. Culmina sus estudios sobre la sexualidad infantil y del adolescente en 1905, al albor de los Tres ensayos para una teoría sexual. En este texto describe el valor perverso polimorfo junto con las etapas de la sexualidad.

En este periodo de fijación sobre las actividades de los niños y aquello que rodea su vida como sus respuestas ante la represión que ejercen las figuras de autoridad, la emergencia de su sexualidad tiene un particular interés en la persona de Freud y de sus colaboradores. Para comunicarse sus avances al respecto crearon los encuentros que llamaron “sesiones de los miércoles por la tarde”. Es ahí donde Max Graf, el padre de Herbert Graf, comenta las vicisitudes del despertar sexual de su hijo, sus observaciones, y como él y su esposa “habían convenido educar a su primer hijo con el mínimo de coerción, sólo estrictamente el preciso para mantener las buenas costumbres”.

Dos años de observación el niño despliega una fobia y el tratamiento aplicado para su curación va a ser el psicoanálisis. Es el propio padre, discípulo y amigo de Freud, quien será el encargado de aplicarle la intervención psicoanalítica bajo supervisión de Freud.

Esta circunstancia no era insólita en este momento. Max Graf no era médico, tampoco experiencia, y aún no existían analistas infantiles, así que, con la colaboración de Freud, le va relatando detalladamente las ideaciones de Herbert-Hans. Se inicia el primer psicoanálisis infantil; posteriormente en 1909 Freud da cuenta de ello en el texto de “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (El caso Hans). Freud al paso señalaba: “solo la unión de la autoridad paterna y la autoridad médica en una sola persona y la coincidencia del interés científico y del interés familiar hicieron posible dar al médico analítico un empleo para el cual había sido inadecuado en otras condiciones”.



La intervención psicoanalítica fue a partir de la atenta escucha del discurso de un niño de cinco años por parte de un analista, su padre, que quería adoptar la mayor neutralidad posible, bajo, como hemos indicado, la supervisión de Freud. En las observaciones del padre, se incluían los acontecimientos cotidianos, los sueños, los recuerdos... se suscitaban asociaciones de ideas para recordar lo olvidado y reconstruir los fantasmas originarios. Se analizó transferencia y las interpretaciones

aportadas en la transferencia que favorecieron para que el niño comprendiera su mundo interior y sus conflictos. Alcanzaría para no precisar la defensa de la represión, así como tampoco la expresión por medio de los síntomas.

Por lo señalado el análisis del pequeño Juanito podría ser considerado como el primer psicoanálisis de la historia, al menos así lo entienden C y P. Geismann, aunque otros autores, como Grimberg, articula que no puede ser conceptualizado ni como “análisis”,

ni como “infantil”, debido a las circunstancias determinantes en que fue realizado el trabajo.../... “ya que no se basó en la investigación del desarrollo de una relación transferencial y se dio como proceso exclusivamente verbal. Desde ese punto de vista, es más correcto tomarlo como una ayuda paterna psicoanalíticamente orientada”.

Grimberg apostilla que, aunque el historial de Juanito es de inapreciable valor para el conocimiento y la comprensión de la sexualidad infantil, deja abierto el problema del abordaje directo del niño, la cuestión de comunicación con él, de alcanzar asociaciones libres y la duda acerca de su capacidad o no de establecer una relación transferencial sobre la cual se desarrolla el proceso analítico. Estos interrogantes siguen teniendo actualidad, siendo motivo de controversia y discusiones entre las diferentes escuelas y analistas.

En cualquier caso, el tratamiento aplicado por su padre al pequeño Hans dio buenos resultados. Herbert Graf Testimonió de ello en momentos diferentes de su vida. Por ejemplo, en su presentación a Anna Freud en 1970, con 67 años y en su autobiografía, “Memorias de un hombre invisible”, en la que se muestra como una persona que se desarrolló de forma sana y con éxito.

El caso Juanito no fue el único. Otros muchos los discípulos de Freud estudiaron y observaron a sus hijos y además procedieron a psicoanalizarlos, a partir de las instrucciones impartidas por el maestro. C. G. Jung, analizó a su pequeña hija Agathlí de cuatro años, y hacía saber a Freud sobre los descubrimientos de los que fue testigo respecto de la curiosidad sexual de su hija. También lo llevó a cabo con otros dos hijos suyos, en reclamo del interés por el psicoanálisis infantil. Jung forma a varias mujeres para que puedan trabajar como analistas infantiles, entre ellas su propia esposa Emma Jung, Maria Moltzer, Sabina Spielrein, Mira Oberholzer. A partir de la ruptura de Jung y Freud en 1913, los trabajos que llevó a cabo Jung y sus colaboradores no fueron considerados que se ajustaban a los preceptos psicoanalíticos.

Por su parte, otro psicoanalista de la época, K. Abraham tenía entre su clientela tanto a adultos como a niños, no encontrando ningún inconveniente práctico, ni teórico en analizar a niños, incluso animaba a sus analizados y discípulos a que realizaran esta tarea; por ejemplo M. Klein con el análisis de su hijo pequeño.

En esta travesía surgían importantes dudas y discusiones sobre la conveniencia de analizar a niños; suponía levantar represiones que podían convertir al infantil paciente en un ser descarriado, sujeto dispuesto a unas pasiones irrefrenables. Bajo estas concepciones empieza a tomar interés el combinar la cura psicoanalítica con una educación sexual y psicoanalítica. O. Pfister afirmaba en 1908 que no se trataba tanto de liberar la sexualidad, sino de sustituir una represión inconsciente, y por lo tanto productora de conflictos y síntomas, en una represión consciente, al servicio de la personalidad moral.

En el texto de *“Más allá del principio del placer”* Freud sigue mostrando la importancia que tiene el juego de los niños. Freud recoge cómo su nieto le revela la importancia del juego en relación al encuentro con el placer y la defensa contra el displacer. Además de la irrupción del juego como técnica que el ser humano puede utilizar para establecer una equilibrante economía psíquica que atempere las angustias de pérdida de objeto, cuya consecuencia son las tendencias depresivas.

Su observación de su nieto es con el juego del carretel: la expresión gozosa del niño, mientras exclamaba “fort” y “da”; observa la repetición de su gesto de desaparición y aparición del objeto. El niño giraba de un estado pasivo, en el que experimentaba el acontecimiento, a una independencia activa, por medio de la cual decidía la marcha y el retorno del objeto. De esta forma, controlaba y manejaba el abandono de la madre. Los elementos de la tendencia a la repetición de lo reprimido y el deseo de dominio fueron posteriormente utilizados en la práctica psicoanalítica del juego con el niño, siendo considerados como factores esenciales en la actividad lúdica del niño.

La pionera del psicoanálisis infantil fue, sin duda, Hermine Hug-Hellmuth. Nació en Viena en 1871, aunque fue silenciada y olvidada, y apenas citada, hasta 1974 que fue publicado su texto sobre técnica de análisis infantil. Los motivos de este silenciamiento no son solo debido a la resistencia general hacia el psicoanálisis infantil, también existieron acontecimientos desgraciados que potenciaron su olvido. Mujer luchadora y estudiosa, pudo doctorarse en la Universidad de Viena, llevar un análisis largo e intenso y ejercer tanto su labor pedagógica como analítica. También ella observa a los niños, y el más próximo a ella será su sobrino Rolf, joven conflictivo desde la niñez que fue atendido por diversos analistas y en diferentes instituciones.



Fue muy activista como analista, participaba en las actividades de la sociedad psicoanalítica vienesa, en congresos, publicaciones, libros. Su obra es amplia y rigurosa. En ella postulará una teoría del psicoanálisis

infantil donde el juego es uno de los medios que emplea el análisis. En su artículo “*A propósito de la técnica del análisis infantil*”, compara los elementos comunes en el análisis del niño y del adulto, la recuperación de la salud mental, el restablecimiento del equilibrio psíquico perdido a causa de impresiones conocidas y también desconocidas por nosotros. Focaliza que el análisis de los niños es de forma constante sobre carácter y la educación. No señala una psicología educativa, ni tampoco de consejos educativos, enfatiza un verdadero psicoanálisis que considere las necesidades educativas. Aquí ya está en cuestión la dualidad educación/ psicoanálisis que va a ser el eje de las

controversias posteriores entre diferentes escuelas, representadas de manera más significativa por las polémicas sustentadas por A. Freud y M. Klein.

El método que explica Hug-Hellmuth contiene la semilla de lo que ulteriormente consistirá la esencia del análisis infantil: marco, método, transferencia negativa y positiva, interpretación, resistencias y el problema de los padres.

En relación a ellos, anuncia y denuncia las dificultades que van a emerger en el tratamiento, además de la paciencia y explicaciones que hay que aportarles. Se muestra comprensiva con la difícil tarea de ser padres, e incluso postula que, si los padres se sometieran a un análisis antes que el niño, menos niños necesitarían análisis.

La perseverancia y trabajo de Hug-Hellmuth fue truncada por su muerte, perpetrada por su sobrino Rolf cuando presuntamente intentaba robarla. Se consideró al psicoanálisis impulsor, o al menos responsable, de la degeneración del joven. Los detractores del psicoanálisis vieron el campo abierto, oportunistas para atacar con saña a los psicoanalistas que liberaban los impulsos reprimidos en los niños y jóvenes.

El psicoanálisis fue tomado como culpable, alertaron sobre la posible invasión del psicoanálisis infantil. Después de estos acontecimientos que sacudieron a la comunidad psicoanalítica, aunque se expresó el reconocimiento que se debía a su persona y obra, como iniciadora indiscutible del análisis infantil, Hug-Hellmuth fue prácticamente olvidada, e incluso las otras grandes figuras (A. Freud y M. Klein) fueron capaces de realizar el reconocimiento justo e imprescindible; ambas se consideraron con méritos suficientes de iniciadoras de teorías. Su obra actualmente está siendo reexaminada por lo que aún hoy contiene un rico valor.

Anna Freud se formó y analizó por su padre. Comenzó su labor como psicoanalista, con un sustento eminentemente pedagógico, al albor de sus estudios como maestra y el ejercicio de la profesión de magisterio. Fue nombrada miembro de la Sociedad psicoanalítica de Viena en 1922 pero por aquel entonces era imposible la práctica del

psicoanálisis a los no médicos. Anna Freud se convierte oficialmente en psicoanalista infantil. Estas cuestiones, la formación de psicoanalistas infantiles y el reconocimiento del análisis profano serán puntos de interés que atravesaron su vida.

Anna Freud se interesó por el papel de los padres y de los educadores en la formación del niño y en su contribución, con actitudes poco adecuadas, al desarrollo de la neurosis. Postulaba una educación de los niños, una formación psicoanalítica para entender y comprender la validez de los medios más adecuados y menos coercitivos para ellos.../... “cual es para cada edad la dosis adecuada de satisfacción permitida y las limitaciones impuestas a la vida pulsional”. Sigue esta estela fundando varias escuelas para niños abandonados o perturbados; en estas instituciones, los maestros, versados en la teoría psicoanalítica, podrían ayudar a que los niños fueran más saludables.

A. Freud observó exhaustivamente a los niños en las escuelas, en hospitales, en su consulta, bajo la tendencia de observar a los niños ya iniciada en las reuniones de los miércoles. Contribuyó a crear lo que posteriormente se construyó como una psicología psicoanalítica infantil junto con interpretar dos tipos de datos diferentes: aquellos que provenían de las observaciones directas y aquellos otros cuyo origen eran las reconstrucciones operadas en los adultos. Con respecto de los primeros, las observaciones directas, incidió en la diferencia entre lo observado y las pulsiones ocultas, las manifestaciones inconscientes. De esta manera, el juego era un instrumento fundamental para relacionar cada elemento con la manifestación pulsional específica que lo causó, ayudando a alcanzar conclusiones inmediatas. La observación de los niños tuvo ocasión posteriormente en Londres, en la “*Hampstead Clinic*”, pudiéndose albergar conclusiones al enfrentar el comportamiento de los niños con las hipótesis analíticas existentes sobre las tendencias ocultas de la vida mental.

En 1927 publicó *“Psicoanálisis del niño”*. En ella, recupera conferencias pronunciadas en el Instituto psicoanalítico de Viena en 1926 bajo el título *“Introducción a la técnica psicoanalítica infantil”*; se trata de uno de los primeros intentos de sistematizar un método de análisis de niños. Presenta puntos esenciales de su técnica: la necesidad de una fase preparatoria, la necesidad de suscitar en el niño la conciencia de enfermedad, propiciar lazos que ganen el afecto del niño y sustraerlo de las influencias desfavorables.



Los medios técnicos de los que se vale son los análisis de sueños, ensoñaciones y el análisis de los dibujos (interpretaciones). El juego está muy restringido, pero en los sueños el contenido manifiesto y latente son casi iguales. Postula que las situaciones placenteras y dolorosas pueden ser elaboradas a través de los sueños, incluso en niños de corta edad. Interpreta que los sueños si le quitamos el disfraz que tienen son realizaciones de deseos. A. Freud postula que, en niños más grandes, con un superyó

más estructurado funciona la elaboración onírica. Como parte de la técnica sugiere asociaciones sobre el material de ensueños diurnos, y fuerza fantasías asociadas a ellos.

Anna Freud postula respecto de la transferencia que los niños no pueden desarrollar una neurosis de transferencia, en la medida en que sus primitivos objetos de amor, sus padres, están vivos y ejercen una influencia en la realidad y no sólo en la fantasía, como en el adulto neurótico. Señala la importancia de alcanzar la presencia de una transferencia positiva.

Ya indicamos que A. Freud parte de la educación. En este sentido, considera al superyó del niño en proceso de formación por lo que lleva al analista a reemplazar durante toda la duración del análisis el yo ideal del niño. Ella es muy prudente en cuanto a las indicaciones del análisis infantil, recomendando que se aplique solo a niños cuyos padres sean analistas o tengan una preparación psicoanalítica.



En 1927 tuvo lugar en la ciudad Innsbruck el X Congreso internacional de psicoanálisis. Anna Freud coincide con M. Klein. Esta lee su artículo “*Symposium sobre análisis infantil*”, donde rigurosamente argumenta sus puntos de vista y diferencias con A. Freud, divergencias que se irán alimentando con el paso de los años hasta su estallido en las célebres “*Controversias*”, quince años después.

M. Klein se psicoanalizó con Ferenczi y Abraham. Ambos tenían puestas sus esperanzas en el psicoanálisis infantil, y supieron ver en Klein sutileza y habilidad para entender y observar a los niños. Además, influía su no formación médica, que la hacía apta para dedicarse al análisis de niños. Ella, como

ya era común entre los psicoanalistas, tuvo a su tercer hijo, Erich, como primer paciente. Con el seudónimo de Fritz, aportó material para varios artículos.

Las divergencias con A. Freud en lo que respecta a la teoría y sus consecuencias en la técnica del análisis de niños son numerosas. Para Klein es posible y además necesario investigar el complejo de Edipo; no postula el ejercicio de una acción educativa; así como tampoco le parece apropiado ni necesario un periodo de preparación que favorezca la transferencia positiva.

Para Klein el niño de dos ó tres años ha dejado atrás la parte más importante de su desarrollo y de la formación de su estructura psíquica. La forma en la que el niño se comunica con los demás, está articulado por la forma de cómo haya introyectado las imágenes y cómo se hayan conformado dentro de él los objetos internos.

M. Klein reemplaza en la técnica las asociaciones verbales del adulto por el juego de los niños. Descubre que, en el juego, el niño usa los mismos medios de expresión filogenéticamente arcaicos, el mismo

lenguaje que en los sueños. Detrás de cualquier actividad lúdica se produce un proceso de descarga de fantasías masturbatorias que operan con un continuo impulso a jugar, esto es, un mecanismo de compulsión a la repetición. Pretende analizar todos los elementos del juego en conexión con los sentimientos de culpa, interpretándolos en todos sus detalles. Tiene en consideración lo que el niño habla mientras juega, dándole un valor de asociación. Después de una interpretación se puede observar el efecto: el cambio del juego en el niño. A la vez que aumenta el placer en el juego, disminuye su ansiedad y se sustenta con firmeza la relación analítica. El juego tiene la capacidad de expresión de sus fantasías inconscientes reprimidas, permitiendo el análisis de la situación de transferencia y resistencia, la supresión de la amnesia infantil y de los efectos de la represión... hasta el descubrimiento y análisis de la escena primaria.

Podemos señalar la secuencia que sigue M. Klein: primer paso, interpretar la angustia inconsciente y luego las defensas que lo provocan. En un segundo paso, destaca el carácter transferencial de esa angustia y se la vincula con su prototipo. La angustia no está sustentada en un peligro real sino en una fantasía. Tercer paso, la interpretación completa de la angustia se vincula con las pulsiones hostiles contra la madre y el padre, surgidas de la forma positiva y negativa del complejo de Edipo.

Klein difiere de A. Freud en los términos de transferencia. Adhiere la consideración de que el niño transfiere al analista los mismos impulsos amorosos y hostiles que en origen se dirigen a los padres. Klein interpreta desde el comienzo la transferencia negativa, y adapta el método analítico para los adultos al psicoanálisis al de los niños. Considera que la técnica de juego debe ser completada con la expresión hablada del pequeño paciente, fundamentalmente en niños en el periodo de latencia y pubertad, en la medida en que el paciente ejerce el máximo de lenguaje, por cuanto la expresión oral significa una mayor adaptación a la realidad.

Su acomodo y desarrollo de trabajo en Inglaterra fue facilitado por E. Jones. Muy rotunda en sus aseveraciones, con gran iniciativa y sustentadora con firmeza de sus descubrimientos hizo que se rodeara de un grupo importante de adeptos. Posteriormente, tras la irrupción en la vieja Europa del nazismo y de la Guerra y el traslado de los analistas de Viena a Londres, sirvieron como espolón para resurgimiento de las disidencias entre Klein y A. Freud.

Klein sustenta y defiende sus posturas, sostiene que sus planteamientos no se alejan de S. Freud, sino que basan en los mismos principios y además profundizan en ellos. Los conceptos de Klein que son dignos de cuestionamiento son aquellos que hacen referencia a la existencia de un psiquismo precoz, capaz de establecer relaciones de objeto y de mecanismos de defensa tales (introyección y proyección), de formas pregenitales del Complejo de Edipo y también de un superyó precoz, ya no es el

heredero del complejo de Edipo, sino que construye el Edipo prematuro. Otro de los conceptos kleinianos apuntan al descubrimiento de una posición depresiva, a la existencia de una neurosis infantil en el niño desde los 6 meses, como producto de la elaboración de una angustia psicótica. Klein argumenta la importancia del instinto de muerte, y su replanteamiento de la sexualidad femenina, con identidad propia.



“Las Controversias” fue el nombre con el que se designó a las discusiones que tenían lugar para estudiar y debatir los textos de ambas autoras. También adquirió el cariz de una lucha por el poder y por la formación de

candidatos en la Sociedad Psicoanalítica Británica. Algunos autores subrayan su sorpresa ante la atmósfera de intransigencia, incluso de sospecha recíproca que envolvió a los dos grupos y aunque *“las Controversias”* surgieron con el ánimo de discutir y contrastar dos teorías y dos modelos diferentes, parece que la finalidad era comprobar que el trabajo de Klein no podía considerarse analítico, llegando el caso de no estar dispuestas a ceder, reflexionar y muchos menos a corregir algunos de sus puntos de vista. El grupo de Anna Freud se consideraba el legitimista, y, por su parte, los seguidores de M. Klein se afianzaban en convencer de que su postura era aún más freudiana y ortodoxa si cabe.

“Las Controversias” finalizan en 1944, y aunque los seguidores de Anna Freud no estaban en el Comité de Formación, se buscó posteriormente una solución que satisficiera a las partes, quedando la Institución dividida en tres grupos, liderados por A. Freud, y M. Klein respectivamente y el tercero, denominado *“Middle Group”* o de los

independientes. La implantación de esta maniobra permitió la no escisión de la Sociedad Británica.

Posteriormente A. Freud queda asociada a la “*Hampstead Clinic*”. Más tarde, difundiría sus teorías en los Estados Unidos, arropada por un grupo numeroso de psicoanalistas vieneses que ya estaban instalados en ese país. M. Klein fue ignorada, censurada y criticada, hasta que la llegada de Bion, y abriendo las puertas de nuevo a la polémica con A. Freud.

A. Freud trabajó con Dorothy Burlinghan en la fundación de una “*nursery*”. Se dedicó al cuidado de niños pequeños en los tiempos de la guerra. Se ofrecía a los niños la posibilidad de contar con una persona de referencia estable, una madre de sustitución, e incluso, con un padre sustituto, aportando formación adecuada a las personas que iban a tratar con los niños.

Desarrollaba su trabajo en la clínica Hampstead; la atención se dirigía tanto a los niños como a sus padres, en forma de tratamientos y en consejos y orientaciones. Estos esfuerzos no tuvieron un

reconocimiento oficial, avalado por la I.P.A. que considere al análisis infantil y a su formación, con la misma categoría que el análisis de adultos. Y es en Viena, en 1970 cuando las propuestas de A. Freud se hacen más claras y taxativas. El análisis de niños no es una subespecialidad del análisis de adultos y aunque haya múltiples resistencias a considerarlo con el mismo estatuto, precisa una organización que requiere un reconocimiento oficial, y solicita a la I.P.A. este reconocimiento y que facilite la promoción de una formación analítica que incluya la formación del análisis infantil para todos o que acepte la independencia del psicoanálisis infantil, igual que el del adulto. Las discusiones, aunque fructíferas y con interlocutores como Segel, Diatkine, Lebovici, Lampl de Groot y Kestemberg, no consiguen el reconocimiento por parte de la I.P.A. de una formación específica y un estatus de psicoanalistas infantiles.

Muchos los analistas formaron parte de ambos grupos irreconciliables, del lado de A. Freud, conocida como la escuela vienesa, se encuentra entre otras Anny Katan, Tola Rank, que introdujo el análisis infantil en Boston donde fue analista didacta; Dorothy Burlingham que publica en 1935 un artículo donde estudia las relaciones del analista con los padres y descubre los posibles tipos de madre y las consecuencias para el tratamiento de los niños.

También Joan Rivière, didacta muy activa en la Sociedad Psicoanalítica Británica, jugó un papel muy importante en la llegada de Klein a Inglaterra y colaboró eficazmente en “*las Controversias*”, con artículos decisivos. Participó en la publicación del libro “*Desarrollos en Psicoanálisis de M. Klein*”.

Susan Isaacs, pedagoga y psicóloga, fue pionera en Inglaterra en el estudio del desarrollo del niño. También participó activamente en las Controversias, junto con Rivière, y publicó el artículo “Naturaleza y función de la fantasía”, obra de una gran transcendencia en el pensamiento kleiniano.

Independientemente se ubica D. W. Winnicott, figura excepcional y de una creatividad única, supo sustentar siempre su independencia tanto de juicio y crítica, como de teoría. Realizó labores de mediación entre ambas en los periodos en los cuales fue presidente de la Asociación. La aproximación de Winnicott al psicoanálisis se inicia después de haberse formado como médico-pediatra, labor que llevo a cabo durante toda su vida y que le permitió tener una experiencia clínica con niños por el hecho de haber atendido a muchos durante su práctica en el “*Paddington Green Hospital*”.

El despliegue teórico de Winnicott es muy grande, importantes aportaciones a la teoría y a la técnica analítica. Desarrolló una capacidad de observación del niño, muy sutil en sus descripciones, así como la calidad de sus afirmaciones y sus aportaciones creativas hicieron de él un sujeto de una gran dimensión.

Los temas que más le apasionaron fueron el desarrollo del ser humano, tomados desde el estado de dependencia absoluta al de dependencia relativa y posteriormente al de independencia. Fueron importantes sus aportaciones sobre la teoría de los instintos, introduciendo nuevas ideas sobre agresividad. Implementó su teoría del objeto: especifica el paso desde el objeto subjetivo al objeto percibido objetivamente.

Fueron esenciales los conceptos de objetos y de fenómenos transicionales, desarrollados en esa zona intermedia y potencial, donde se desarrollará más tarde la creatividad y la cultura, zona de juego y fuente de sublimación. También, la teoría del self verdadero y self falso. Sus conceptos teóricos acerca del encuadre en la situación analítica y la relación que tiene, como ambiente facilitador, con el papel de la madre suficientemente buena, capaz de contener y sostener al niño en crecimiento.

La novedad de la técnica de Winnicott en el análisis de niños es su forma de contactar con ellos a través en la zona potencial en el juego sin reglas, “*squiggle games*”. Nos permite observar la agudeza, creatividad y ternura de Winnicott cuando se aproximaba a sus pequeños pacientes.

Su obra fue muy divulgada, bien por medio conferencias o incluso con su propio programa de radio en la BBC. Su albacea testamentario y discípulo M. Khan junto con su esposa prodigaron toda la obra de Winnicott. Entre otros analistas que se han sustentado e inspirado en su obra, señalamos a A. Green y R. Rodulfo.

De la Escuela Kleiniana destacamos el trabajo de Betty Joseph y de Donald Meltzer, sobre todo por las importantes aportaciones al análisis del autismo infantil. Esther Bick y su concepto de objeto piel como contenedor de las angustias infantiles psicóticas, y también con la observación a lactantes y la revalorización de la importancia de los factores del mundo externo en el desarrollo del niño. No nos dejaremos en la bandeja a Frances Tustin con su trabajo sobre objetos y fenómenos autistas que también son susceptibles de manifestación en el tratamiento de pacientes neuróticos.



Como pionera dentro del psicoanálisis infantil destacamos a Eugenia Sokolnicka, natural de Varsovia en 1884. Estudia en Francia con Janet, y fue alumna de Charcot. En suiza, posteriormente, contacta con Jung. En Viena, se analiza con Freud. Desde 1914 es invitada a las sesiones de los miércoles. Posteriormente, retoma su análisis con Ferenczi. Freud la recomienda en París en 1921. Allí analizó a R. Lafforgue, quien posteriormente la apoyó. En 1926 funda la Sociedad Psicoanalítica de París. Su trágica muerte en 1934, después de una depresión y su apartamiento de la docencia, hizo que fuera relegada de la escena

psicoanalítica. En 1920 publica “Análisis de un caso de neurosis obsesiva infantil”. Es uno de los primeros análisis de niños publicados. Se trata una fobia al tacto con rituales muy severos. La cura analítica se apoya en la transferencia como eje del análisis, sin utilizar el juego; en cambio, se apoyó en la verbalización y basado en un lazo afectivo con el niño. Hace interpretaciones de la angustia de castración y sobre la sexualidad. Incluso recurre a una técnica activa siguiendo el modelo al que apuntaba Ferenczi.

Sophie Morgenstern nace en Grodno en 1875, Polonia. Estudia medicina en Zurich y trabaja con Bleuler. Llega a Francia en 1924 en contacto con Sokolnicka con quien se analizó. Vivió y trabajó en París, en la Salpêtrière hasta su muerte. En 1937 publica “Psicoanálisis infantil”. Se la reconoce como otra de las pioneras del análisis infantil. También es iniciadora del trabajo con la técnica del dibujo. Se suicidó al día siguiente de la entrada de los alemanes en París.

Conoció profundamente la obra de Freud. También se mostró de acuerdo a los planteamientos de A. Freud acerca de la estructura psíquica y de la función del superyó. Al filo de su pensamiento señala que solo debe de aplicar el análisis a los niños neuróticos, diferenciándose de Klein, y también en cuanto a la técnica a utilizar en los niños. Persevera en la toma de contacto con el niño en la cura, ayudando a la creación de la transferencia positiva.

Para Morgenstern, el rol de los padres es importante en el trabajo de los niños, indicado en la medida de la inmadurez del superyó; en algunos casos, implementa la idea de psicoanalizar a los padres. La técnica que emplea es el dibujo, el juego y los sueños. Sostiene que el conflicto interior inspira realizaciones artísticas facilitando la entrada a los conflictos inconscientes.

El juego es el medio más eficaz para penetrar en el inconsciente infantil. Interpreta el juego solo cuando el niño está preparado para ello. Cree que es importante la parte educativa en cuanto a la transmisión de conocimientos y explicaciones de la vida instintiva pudiendo ser de ayuda para los conflictos neuróticos y además del que los padres saldrían beneficiados de tener una guía útil sobre sus hijos para ayudarlos en la educación.

Fue una de las primeras psicoanalistas que en Francia practicaron el análisis de niños. Tiene bastantes publicaciones de artículos y un libro. Fue continuadora de Freud y de A. Freud. Una de sus alumnas fue Françoise Dolto.

Mlle. Rampert propone una nueva técnica: un teatro de títeres con personajes típicos; madre, tía, institutriz, padre, médico, etc. Trajes para representar al policía, al diablo, etc. Así el niño evidencia conflictos y situaciones que difícilmente expresaría hablando y permite que satisfaga fantasías sádicas y masoquistas.

En cambio, este método no era tan aceptado por niños muy inhibidos, ni los más pequeños. Además, los personajes que se ponían en juego eran decididamente

sustitutos de los padres reales y ponen al niño en una situación difícil para expresar sus conflictos. Por tanto, no podían ni ser interpretados ni elaborados que no eran interpretados, ni por tanto elaborados.

Spitz es uno de los representantes de la tendencia genetista dentro del psicoanálisis infantil. Se expresa en cuanto considera la relación objetal como consecuencia del vínculo evolutivo que une al hijo con su madre; esta relación es el motor de la construcción del psiquismo.

Spitz se apoya en los estudios de la psicología genética. En su libro “El primer año de la vida del niño”, señala con precisión meticulosa sus investigaciones basadas en la observación de bebés. Descubre los tres organizadores del psiquismo: la sonrisa como representante del rostro de la madre, la angustia en el octavo mes, y la aparición del gesto de negación, sienta el resultado de esta larga experiencia. También es conocido su concepto de hospitalismo y la noción de depresión anaclítica.

M. Mahler provenía de Viena, donde realizó su formación con A. Freud y Ferenczi, y se asentó posteriormente en Nueva York, influyendo notoriamente en el acercamiento psicoanalítico del niño en Estados Unidos. Ella descubre como en el proceso de separación/individualización por el que ha de pasar el niño con respecto a la figura materna, existe una serie de fases que van desde la autística normal, pasando por la simbiótica, para que pueda darse posteriormente el proceso de separación, exploración del entorno, vuelta a la madre y toma de conciencia de la separación para poder entrar en el campo del lenguaje y de la representación simbólica. Las aportaciones al estudio del autismo, entendido como un déficit en la utilización intrapsíquica que hace el niño de su partenaire maternal durante la fase simbiótica, y las técnicas empleadas para el tratamiento de las psicosis infantiles, tanto autistas como simbióticas, proporcionaron herramientas muy útiles para el abordaje terapéutico de patologías severas en la infancia.

E. Erickson emigró también a Estados Unidos y ejerció durante muchos años como psicoanalista infantil. El desarrolló el concepto de identidad y su formación en el individuo. Para él, en todo ser humano están en juego tres aspectos: lo somático, lo psíquico y lo social. No pueden ser estudiados por separado, sino como partes de un mismo proceso, por el cual se adquiere la identidad. Cada aspecto aclara, interviene, condiciona y explica lo que ocurre en el otro. Así es posible tener una visión más amplia del conflicto y este se torna más inteligible y explicable. En la clínica, Erickson intenta un abordaje que incluya la colaboración de la familia y de otros profesionales, como pediatras o maestros, que coadyuven a la integración de los diferentes aspectos que constituyen la identidad del niño, puesta en peligro por la falla de alguno de ellos.



Bruno Bettelheim fue otro que se afincó en el continente americano. se interesó muy rápidamente por los niños aquejados de autismo infantil, decidiendo, en alguna ocasión, acoger a niños en su propio hogar. Internado en un campo de concentración en su juventud, bajo el dominio de los nazis, él relacionó su interés en trabajar con niños autistas con el sentimiento de culpa que

acompaña a las personas que lograron sobrevivir a la reclusión en los campos de concentración. Durante muchos años dirigió una Institución encargada de acoger a niños psicóticos, y en ella aplicó los principios del psicoanálisis infantil, más cercano a las teorías de A. Freud. Fue partidario de la existencia de una relación entre el bebe y su madre que funciona desde el inicio. En el autista existe una imposibilidad para pensar verbalmente, sustentado, por un lado, en una disposición constitucional y, por otra, en sucesos traumáticos muy precoces. Su experiencia en el campo de concentración

permitió a Bettelheim comparar el estado de “*situación extrema*” que sufrían los encarcelados, con los del niño autista, preso sin esperanza.

El psicoanálisis infantil se difundió de la mano de Arminda Aberastury . Se inscribió en la escuela Kleiniana, difundiendo su obra. Fue pionera y promotora de formación para analistas jóvenes. Su trabajo se extendió a la creación de grupos de estudios en colaboración con pediatras y odontólogos. Llevó a cabo la creación de grupos de padres y de orientación a otros profesionales vinculados con la infancia.

En Francia Françoise Dolto ha sido considerada como una figura mítica dentro del psicoanálisis infantil. Ella parte de díada madre y bebe, desde donde el sujeto se humaniza a través de la palabra, con la que la madre da sentido al cuerpo y a las sensaciones del bebe. La díada es estructurante en la medida en que la madre tenga en mente al padre, para que el bebé no quede aprisionado en la complacencia del deseo materno. Su función también es la de realizar las castraciones simbólicas, que inician, liberan y permiten sublimar, significando además el paso para una mejor autonomía.

F. Dolto prestaba gran atención al entorno familiar dando gran importancia a las entrevistas preliminares, para averiguar cosas en el circuito familiar tales como quien es el que sufre, la dinámica familiar, el lugar del niño en el narcisismo de los padres, el entramado madre-infans, el contexto y la lengua hablada para ver el significado del niño en la economía psíquica de la madre. A veces realizaba “entrevistas terapéuticas” tal como propugnaba realizarlas Winnicott.

Dirigió y creó la institución “*La casa verde*”, lugar de atención de niños y madres, recuperando algunas de las primeras ideas de A. Freud. En sus últimos años se dedicó a la divulgación de las ideas del psicoanálisis infantil, tanto en seminarios como en diferentes medios de comunicación (radio).

Una figura central en el psicoanálisis infantil de los últimos tiempos es S. Lebovici. Representa uno de los pilares del psicoanálisis de Francia. Su obra es muy amplia y profunda, y hace hincapié en la necesidad del análisis de la transferencia en los niños, realizado por analistas expertos y sagaces. Él demuestra que en el niño se produce una neurosis de transferencia, diferente de la neurosis infantil. Lo que

se repite solo adquiere valor en la situación asociada a la neurosis de transferencia, que recupera una situación del pasado con el fin de aportar un sentido.

Una de sus grandes publicaciones es el “*Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*”, en colaboración con R. Diatkine, M. Soulé. También señalar la Revista “*La psiquiatría del niño*” junto a Ajurriaguera y Diatkine. Su posicionamiento clínico es hacia A. Freud, destacando de ella la prudencia, la necesidad de una preparación antes de iniciar el tratamiento y la restricción en las indicaciones. También valora las aportaciones de Klein, concretamente sobre las posiciones esquizoparanoides y depresivas, y el concepto de identificación proyectiva.

La teoría del apego de J. Bowlby es considerada por muchos como la teoría mejor sustentada del desarrollo socio emocional. Se ha desarrollado como una variante de la teoría de las relaciones objetales. Su basamento es en la observación de la interacción precoz madre-hijo, y considera el apego como una conducta dirigida no a la búsqueda de alimento o sexo, sino de proximidad y vínculo con el otro. Este es considerado con mejores posibilidades para enfrentarse al mundo, y al que necesita para poder obtener una base segura en su desarrollo. La teoría de Bowlby centra sobre todo la atención en los efectos de los cuidados maternos no sensibles al niño, en el desarrollo de su personalidad. Para él es tan importante la forma real en la que un niño es tratado por sus padres como las representaciones internas que el niño tiene de ellos. Se focaliza en la interacción de lo externo y lo interno.

No podemos terminar este recorrido sin hacer referencia a S. Bleichmar. Para ella el psicoanálisis de niños se mueve entre dos polos que operan como obstáculos constantes para pensar nuevos fundamentos de la clínica: el que da por sentada la existencia del inconsciente desde los orígenes y concibe a este inconsciente desde una determinación endógena, y el que “ubica” al niño sea como falo o soporte del deseo materno, sea como síntoma de la pareja conyugal.

Estas son una de las cuestiones donde se articula el psicoanálisis infantil hoy día, junto con temas de complejidad como son los efectos de los cambios familiares dentro de la sociedad actual y su influencia en el psiquismo infantil, o el eterno problema del papel de los padres en el análisis de niños, la formación del analista infantil, la accesibilidad del tratamiento psicoanalítico en consultas hospitalarias, etc.

La historia del psicoanálisis infantil es corta, sus vías de profundización, investigación y aplicación son muy amplias. los focos abiertos para debatir son cada vez más numerosos y nuestro objeto de trabajo y de estudio sigue siendo el niño; el mismo y a la vez diferente niño que despertó el interés de Freud mientras observaba el juego de su nieto con una bobina.

Etimología del vocablo fobia

Definamos el significado del vocablo desde la etimología del mismo, ya que le da un matiz a la noción que se mantuvo como constante a lo largo de la historia desde los diferentes encuadres teóricos que abordaron el tema.

La palabra fobia proviene de Fobos, hijo de Afrodita, diosa del amor y de Ares, dios de la guerra, mencionado por Hesíodo (siglo VIII A.C.) en la Teogonía: “(...) con Ares, perforador de escudos, Afrodita concibió a los temibles Miedo (Fobos) y Terror (Deimos) que ponen en confusión a las compactas falanges de varones en la guerra sangrienta, junto con Ares destructor de ciudades (...)” - Hesíodo, 933-935 -.

El origen del término muestra que el afecto central de la fobia es el miedo. Se distingue del terror que se vincula tanto al dios Deimos como al dios Pan, de quien surge la palabra pánico. Graves (1985) afirma que Pan, hijo de Hermes y de Dríope, era tan feo al nacer que su madre huyó de él aterrorizada. Era pastor y se vengaba de quienes lo molestaban en su siesta con un grito repentino que provocaba un intenso temor.

Esta distinción entre el miedo asociado a la fobia y el terror vinculado al pánico propiciará un lugar en el campo del estudio de las perturbaciones psíquicas al establecimiento de diferencias en relación a los cuadros en los que estos afectos coadyuvaban.

La fobia en Freud

En los años 1894-95 Freud se interesó en diferenciar las neurosis de defensa (histeria, neurosis obsesiva y algunas formas de paranoia) de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia). El contenido de las neurosis de defensa tenía que ver con la precipitación de ideas inaceptables a la conciencia y que por tanto tenían el destino de

ser reprimidas, o se efectuaba una "transposición de afectos". En las neurosis actuales la característica más importante era la angustia.

La cuestión problemática ocurría con las fobias. Se ubicaban en ambos tipos de neurosis y en todos los subgrupos. Fue entonces cuando Freud describió cuatro tipos de

fobias:



Tipos de fobias en Freud	1. <u>Fobias típicas o primarias</u> , que las consideraba como miedos heredados de la humanidad en general.
	2, <u>Fobias histéricas</u> , que constituían miedos relacionados con recuerdos de situaciones traumáticas reprimidas.
	3, <u>Fobias obsesivas</u> , que eran miedos que se basaban en el mecanismo de la "transposición de afectos".
	4, <u>Agorafobia y otras fobias contingentes</u> , que se precipitaban de las crisis de angustia, sin mecanismo psicológico definido.

a) *Fobias típicas o primarias*, que las consideraba como miedos heredados de la humanidad en general (no constituían necesariamente una perturbación).

b) *Fobias histéricas*, que constituían miedos relacionados con recuerdos de situaciones traumáticas reprimidas.

c) *Fobias obsesivas*, que eran miedos que se basaban en el mecanismo de la "transposición de afectos", propio de la neurosis obsesiva.

d) *Agorafobia y otras fobias contingentes*, que se precipitaban de las crisis de angustia, sin mecanismo psicológico definido, crisis que a su vez eran elaboradas psíquicamente de manera secundaria. Añadir que en las agorafobias se sucedía una regresión a etapas anteriores (sin aclarar las etapas anteriores a las que se refería).

Freud consideró a las fobias como manifestaciones de desórdenes mentales, pero con la característica de no constituir una entidad diagnóstica. Con el análisis del pequeño Hans en 1905, describió la “histeria de angustia” como entidad gnosográfica que incluía

todos los síndromes fóbicos predominantes y la angustia conectada a estas fobias era independiente de la angustia difusa.

La enfermedad de Hans se inició con un sueño de angustia en el cual "la madre se iba" (4 años y medio) . A los pocos días, yendo de paseo con la nursery, se precipitó una crisis de angustia (se puso a llorar y quiso que lo llevaran de vuelta a la casa diciendo que quería estar con su madre). Al día siguiente salió con la madre, pero estaba asustado y al volver a la casa le dijo a la madre que tenía miedo de que "un caballo lo mordiera".

Freud consideró que la crisis de angustia y el producto fóbico era ocasionado por el exagerado amor hacia la madre y del conflicto reprimido con el padre. La represión fue el origen de la angustia, y la fobia (mecanismo de proyección en el caballo) consecuencia de su problemática edípica.

Tras la segunda teoría de la angustia, 1926, la explicación fue planteada de diferente manera. Si bien se activaron una serie de pulsiones (el deseo de tener a la madre para sí, el deseo de hacer desaparecer al padre como rival odiado, el deseo de ser amado por el padre, el deseo de hacer desaparecer a su hermana menor, planteada como rival), como en la explicación anterior, estas fueron percibidas como posibles causantes de plantear a una situación de peligro: la castración por parte del padre. La angustia ya no era consecuencia de la represión, sino que se ubicaba en el yo como

señal de angustia. La señal de angustia activaría los mecanismos defensivos, represión, que lo defenderían de estos deseos. De esta forma, inconscientemente se produjo un desplazamiento y todos estos deseos se proyectaron en un objeto externo que simbólicamente tenía propiedades para ello: el caballo. El temor a ser mordido por un caballo era equivalente a ser devorado por el padre.

Ciertamente, no se ha ganado nada, pasamos de un peligro ubicado en el interior a ser sustituido por otro externo, eso sí, evitable.

En el caso de la fobia del "Hombre de los Lobos", también se trata de una fobia a los animales. Freud, a partir de un sueño, pretende probar que la neurosis infantil tiene una causalidad traumática, a saber, una escena de seducción pasiva. En ambos niños, además de la aparición de la fobia animal, la secuencia inmediata fue la expresión de un giro muy evidente en su carácter.

Lo que Freud no vio en Sergei, al que además trató de adulto, fue la debilidad de sus objetos narcisistas, reforzadores de su identidad - padres enfermos, nodriza para la cual Sergei ocupa el lugar de un niño muerto, gobernanta inglesa que lo separa de su nodriza -. Su síntoma fóbico no obtuvo respuesta en su ambiente, por lo cual su neurosis infantil tampoco pudo ser resuelta.



Freud marcaba la diferencia entre las dos fobias; en el segundo caso el animal que angustiaba no era de fácil percepción, como el caballo, sino que era conocido solo a través del relato y la imagen. Esto favorecía que tuviese la característica de que fuese más difícil de simbolizar y desplazar su conflicto a él (sostenido por Birrauxen 1997). Habría que añadir que el episodio de ansiedad había surgido después de un sueño, de una pesadilla. La autora

referida plantea, precisamente, la cuestión de la relación de la fobia con la posibilidad de pensar.

Las ideas de Freud sobre la angustia y las fobias permanecieron a lo largo de su obra. En cuanto a las fobias, abordó principalmente las fobias infantiles animales, y la agorafobia en menor grado. La idea de la angustia como energía permaneció de modo central en su teoría, a pesar de la revisión de 1926, y también el mecanismo de los síntomas

fóbicos. La raíz del porqué de las diferentes fobias y de su formación, así como su relación con la angustia, nunca quedaron suficientemente aclaradas.

En la literatura psicoanalítica actual podemos distinguir las “*fobias del desorden fóbico*”, que es una gnosología diagnóstica. El desorden fóbico o neurosis fóbica conlleva:

- 1) fobia o fobias que constituyen la manifestación más prominente de dicho desorden.
- 2) no forman parte de una condición psicopatológica más abarcativa (esquizofrenia, trastorno bipolar, organización fronteriza).
- 3) produce algún tipo de incapacidad funcional.

Cumpliendo estos requisitos, se describen las fobias infantiles y el síndrome agorafóbico.

El miedo de ser envenenado, el miedo de volverse loco, el miedo a los gérmenes o la suciedad, el miedo a volverse homosexual, a las ideas, a la enfermedad, tendrían que ver con miedo o fobias, pero no constituirían una entidad diagnóstica, aun si persistieran a través del

tiempo. Lo mismo sucede con ciertos aspectos del síndrome obsesivo compulsivo que a menudo se refieren como fobias, como por ejemplo el miedo a los gérmenes o a la suciedad.

Volviendo a los desórdenes fóbicos, las fobias infantiles son un trastorno de la niñez que aparece frecuentemente, tanto en varones como en niñas, así como el síndrome agorafóbico, en adolescentes o jóvenes adultos, frecuentemente en mujeres.

Las fobias infantiles se pueden precipitar entre los 18 y los 24 meses, y surgen también frecuentemente síntomas de angustia difusa, anteriores a la fobia propiamente dicha. A medida que el desarrollo continúa, estas fobias pueden o no desaparecer.

Constituyen formaciones de compromiso en las que la angustia aparece asociada a la pérdida de objeto, pérdida de amor o angustia de castración, y el que va a ser causa del acontecimiento temido cambia de la persona amada a un objeto externo sustituto, junto a la angustia correspondiente.

No conocemos las razones del por qué en los niños pequeños las fobias aparecen frente a animales grandes, mientras que en niños mayores el objeto de la fobia son animales pequeños.

Respecto de la fobia escolar, no se ha encontrado un espacio de definición. Si otorgamos a las fobias de objeto identificable, la significación de alguna cosa en común, al menos mínimamente, en cambio en la escuela evita esa exigencia. La escuela es un espacio abierto, pero están también los docentes, los alumnos, los objetos inanimados y muy determinadamente, un lugar donde se convoca la obligación de pensar. La fobia llamada escolar puede ser una agorafobia, o miedo al transporte, a la piscina, al cuerpo exhibido durante la educación física, a algunos objetos inocentes, o el miedo a pensar.

El síndrome agorafóbico se caracteriza por la angustia referida a una cantidad de miedos conscientes y medidas preventivas. Puede comenzar gradualmente o también con una crisis de angustia; estas crisis pueden seguir produciéndose o no a lo largo de la enfermedad. Aparece unido a estados depresivos y al miedo a perder el control, de alguna forma.

Puede surgir en general cuando la persona, debido a presiones sociales, se siente en la tesitura de tomar decisiones con respecto de su vida adulta (por ejemplo, entrar a facultad, casarse, tener un hijo, etc.). si se precipita el fracaso en estos proyectos, lo conduce a regresar a temores o estados mentales anteriores, en los que se reactivan

situaciones traumáticas de la infancia, y que fueron vividos como peligros reales. Se observan tendencias masoquistas y un severo superyó.

La escuela kleiniana de psicoanálisis plantea que, en este síndrome, así como en fobias muy limitantes (el miedo al envenenamiento o a las masas) se reactivarían angustias paranoides tempranas y mecanismos de defensa primitivos, como la disociación, la negación y la identificación proyectiva masiva.



Varios autores (Weiss, por ejemplo) mencionan la necesidad, en algunos pacientes, de medidas protectoras como bastones, libros, carritos, animales domésticos y anteojos oscuros, para hacerles más soportable salir a la calle y que, de acuerdo con estos autores, constituirían un referente yoico. Mientras que la claustrofobia puede ser integrada al

síndrome agorafóbico, no sucede lo mismo con la eritrofobia, la cual aparece como claramente diferente de la agorafobia y de las fobias infantiles de la infancia.

En general se trata de pacientes socialmente inhibidos por el temor de que las personas los observen y que por lo tanto se ruborizan. Tendrían importantes rasgos narcisistas y a menudo presentan ideas muy cercanas a la paranoia. También tienen una conflictiva exhibicionista/voyeurística importante.

La *sudoración patológica de las manos y/o la cara* es bastante similar a la eritrofobia, ambas formando parte de la clasificación del DSM IV de las "fobias sociales". Estos pacientes poseen características similares a los pacientes con eritrofobia, pero con manifestaciones menos severas.

La fobia social puede ser limitada o generalizada (Gabbard, 2002) teniendo una alta tasa de comorbilidad (un 69% a lo largo de la vida), estando presentes los principales trastornos comórbidos (otros trastornos de ansiedad, depresión, rasgos paranoides, etc.). Si hay ausencia de comorbilidad raramente es tratada por profesionales de la salud mental. Las descripciones al uso sobre estos pacientes es que han internalizado representaciones de padres, cuidadores o hermanos que los avergüenzan, critican, ridiculizan, humillan o abandonan. Los estados afectivos centrales son el pudor y la vergüenza. Si el terapeuta sintoniza con estos afectos gana terreno para situarse en establecer una alianza terapéutica con el paciente.

Otra de las fobias es la referida a las arañas. Surge en la niñez, pareciendo tener otro significado que otras zoofobias infantiles. Los casos informados de aracnofobia se dan en pacientes seriamente perturbados, adultos fronterizos o esquizofrénicos, frecuentemente con trastornos psicósomáticos. En general, la araña sería una representación de una madre peligrosa (oralmente devoradora y analmente castradora). El origen causal de estas fobias surge durante la etapa anal.

Mallet (1961) plantea la hipótesis de un punto cero de la fobia, originada en el terror nocturno y en la pesadilla. Es descrito así por el autor: un estado de desamparo somato-psíquico inconmensurable, una falla de la capacidad representativa, una función de la fobia que participaría en lo que el sujeto puede hacer con su existencia cuando las referencias interno/externas desaparecen. Debido a ello, la fobia surgiría cuando aparece un sentimiento de fragilización de la existencia, de manera crítica o por acontecimientos que muestran al sujeto su vulnerabilidad y precariedad frente a la vida.

Por regla general, los psicoanalistas están de acuerdo en que las fobias de la primera infancia y de la adolescencia no dan lugar a evoluciones patológicas. Las fobias participarían de un movimiento fundamental de estructuración progresiva cuando el funcionamiento psíquico arcaico es requerido para una buena evolución, aunque los

resultados favorables no son una total garantía de futuro (ejemplo, el Hombre de los Lobos).

En la mayoría de casos de adolescentes, las fobias adquieren un carácter transitorio, aunque es factible que en coyunturas excepcionales pueden desplegar una evolución posterior severa. La fobia en la adolescencia podría verse como un paradigma de cualquier negociación narcisista-libidinal, ilustrando los efectos de la oscilación de los investimentos del yo en el objeto por intermedio de la calidad y naturaleza del objeto perseguidor.

En el caso de los adultos, las fobias están todas parcialmente ligadas con la amenaza de la integridad narcisista; por ejemplo, después de una enfermedad, de una pérdida, de una separación, cuando no han sido elaboradas estas situaciones traumáticas.

La fobia surge en todos los momentos críticos de la existencia, y más concretamente cuando se puede o se precipita una amenaza que se cierne sobre el ser humano, entonces vuelve a actualizar el riesgo de angustias primitivas y de abandono. En



definitiva, cuando los cimientos narcisistas se ponen en juego. El fóbico, señala F. Perrier, (1964), "...no tiene lugar en la constelación edípica. Se manifiesta en la neurosis infantil cuando la triangulación y las amenazas de inexistencia se reactivan. Así, la angustia en la

fobia expresa un peligro que el yo siente”.

¿De dónde proviene la angustia si no es de esta experiencia de omnipotencia absoluta que se encuentra en el origen del sujeto psíquico? ¿Qué hacer con ella? ¿Convertirla en

temor, tratarla como amenaza externa, vincularla con una representación que racionaliza su aparición?...

La fobia para este autor francés es la expresión del deseo del sujeto de encontrar representaciones para su vida pulsional peligrosa y amenazante en tanto que sin ellas se expresaría, posiblemente, en actos agresivos y en destructividad.

Existe sin duda un gradiente de manifestaciones fóbicas que depende de la relación existente entre los referentes del yo y los de los objetos significativos; pero "el hecho fóbico es siempre una tentativa de elaboración de un conflicto interno, la función fóbica como estructura da prueba de un deseo del sujeto por mantener un sentimiento de continuidad y existencia que se le escapa, buscando el recurso de imágenes de objetos que le permiten pensar sobre sí mismo" (por otro lado, como cualquier síntoma...)

Las fobias en la adolescencia

No existe la adolescencia sin fobias. No hay reordenamiento psíquico en la pubertad sin la precipitación de estos temores oscuros que se despliegan en ámbito que los rodea; se enfocan en un objeto particular, se envuelven sobre el cuerpo o sobre una parte del cuerpo o sobre la psique para limitar, o incluso paralizar, bloquear su uso y funcionamiento.

No existe la adolescencia sin fobias, silenciosas, discretas, disfrazadas, compensadas o invalidantes. La razón es que el propio movimiento fóbico está en el núcleo mismo del trabajo psíquico de la pubertad, instrumento de restauración de los objetos narcisistas que están llamados de desfallecer y aminoramiento de la escisión que inscribe la irrupción del cuerpo sexuado.

No es factible concebir la adolescencia si en un momento u otro de su desarrollo no surge el surgimiento de ese síntoma o se utiliza esta función. La fobia a tocar la tiza

conduce a que este adolescente se ponga guantes en clase; la fobia a los medios de transporte induce al joven a hacer deporte corriendo cuando debe desplazarse; el temor al agua mineral y sus efectos corrosivos en el estómago hace que este adolescente beba solamente leche.

En la mayoría de los casos, estas fobias son transitorias, al igual que en los casos de neurosis infantil se desvanecen en el transcurso del proceso de subjetivación. Sin embargo, en otros, desencadenan la evolución posterior al punto que resulta imposible evadir la pregunta de su funcionalidad y utilidad, incluso su uso en el curso del trastorno de la pubertad. Las condiciones de precipitación de la fobia, el sentido de las mismas, quedan suspendidos en favor de la comprensión de los procesos de la adolescencia, de este trabajo para que se pueda dar la continuidad del sujeto que se encuentra afectado a causa de la pubertad.

El posible inventario de estas fobias de la adolescencia, dejando de lado la cuestión de su complejidad, manifiesta su trivialidad, simplicidad o extraña naturaleza, y daría lugar a una topología del espacio exterior percibido en la gran variedad de objetos indómitos, en el cuerpo, o en una parte del cuerpo que es tomado como objeto perseguidor porque por escisión es exterior al sujeto.

La fobia de la adolescencia podría ser un paradigma de cualquier negociación narcisista-libidinal, ilustrando los efectos de la oscilación de investimentos del yo en el objeto por intermedio de la calidad y la naturaleza del objeto perseguidor.

A la confusión interna del tema que preside a la instalación de las agorafobias, las fobias del pensamiento, crisis de pánico o pavor se opone la estructuración tópica de las fobias de objeto nombrado, ya sea este un perro, gato, serpiente o ratón. El carácter animado o inanimado de dicho objeto puede carecer de interés, pero la posible identificación del objeto perseguidor da prueba de un funcionamiento psíquico especializado, reglado por diferencias que en el primer caso no existen para nada o en cualquier caso existen de

manera insuficiente. A estas dos categorías agregamos las fobias del límite, fobias del cuerpo, esencialmente, del envoltorio material de la psique, ereutofobias, dismorfofobias, incluso hipocondrías: en este caso el espacio exterior e interior se conjugan en el envoltorio del cuerpo sexuado y su espesor.

En los tres casos, la proyección entra en acción. Descarga el mundo interno de lo que le es ajeno e insoportable, pero la eficacia de la descarga no es comparable en cada ocasión. Atribuir al caballo o cualquier otro “animal de angustia”, o a cualquier otro objeto identificable una característica persecutoria, permite circunscribirlo y evitarlo en procedimientos que se vuelven más complejos cada vez.

No es el mismo caso en los otros dos tipos de fobia, en las que el depositario es el sujeto mismo, desconocedor de sus propios límites. Por motivos que restan aún por comprender, la proyección no funciona. La maldad que se deposita en el otro continúa acechando, de tal manera que el otro pudiese ser una inclusión del yo. la cuestión

a resolver es si se refiere a que esta ineficacia de la proyección es lo que sostiene la



fragilidad del yo, o lo que se desprende de la fragilización narcisista; en cualquier caso, parece que se impone la evidencia de un vínculo entre el buen uso de esta función y las vicisitudes de la constitución del narcisismo.

No es casual que los momentos privilegiados de aparición de las fobias, de la neurosis infantil, de la adolescencia o durante el curso de la vida sean tiempos dados para la estructuración psíquica o reestructuración, momentos de fragilización narcisista: Edipo, períodos de duelo o de reorganización psíquica asociado a una enfermedad, separación u otro motivo.

La proyección se hace presente entonces para mantener en un nivel de tensión soportable los ataques internos de un objeto malo no identificable que compromete al sentimiento de existencia y el valor del yo.

De otra forma menos sistemática que las articuladas en la tercera edad o la adolescencia, las fobias del adulto están todas parcialmente vinculadas con la amenaza de la integridad narcisista: por ejemplo, el miedo a la calle que le sigue a la enfermedad, o a la pérdida de un ser querido; la gnosofobia, la claustrofobia después de una separación no elaborada.

Todas las fobias, más allá de su naturaleza, aparecen precedidas de la creación de un objeto contrafóbico. La convocatoria de ayuda precede a la designación del perseguidor. Cuando el adolescente llega a la sesión con sus objetos fetiches, decide que ya no puede dormirse sin sus animales de peluche, se hace acompañar por la calle por un amigo; el objeto fóbico está constituyéndose y emergerá en los días o semanas siguientes, focalizando de forma simbólica las representaciones persecutorias.

La amenaza de derrumbe, la angustia primitiva a la que reenvían todos los mensajes que vehiculizan las representaciones sexuales requieren en los hechos dos tipos de respuesta: por una parte, llamar a sus objetos internos, movilizar lo que Winnicott llamaría *sus objetos subjetivos*, aunque este término pueda incurrir en el terreno de la diferenciación yo-no yo; por otra parte, convoca a la proyección. Estos dos mecanismos se movilizan desde la existencia de una amenaza al yo. En algunos casos, la llamada al objeto subjetivo, al buen objeto en uno mismo en el que se funda el sentimiento de existencia puede ser conveniente y suficiente, incluso si este buen objeto precisa una exterioridad como el fetiche o amuleto. En otros casos, el recurso es insuficiente y la designación de un perseguidor externo que pueda evitarse en luchas representables es una exigencia psíquica.

En el movimiento fóbico existen recursos internos primitivos arcaicos, que pueden ser válidos para luchar contra la experiencia de decaimiento cuya amenaza se perfila. La angustia en el origen de las fobias es una angustia primitiva, una angustia de *no ser* que la madurez relativa del yo declinará en formas más o menos figurables: es algo experimentado de *inexistencia* que resulta del ataque interno



por representaciones peligrosas y de la confiabilidad de los objetos narcisistas o subjetivos.

Exteriormente, la designación del mal objeto ayudará a la racionalización de lo que no puede ser vivido como un riesgo interno, salvo si

se pone en peligro la capacidad de representación y pensamiento. La designación del objeto fóbico es una manera de restaurar la continuidad de pensar en donde la propia continuidad es vulnerable y frágil, pero la designación del objeto contrafóbico es adelantar la derrota por la consolidación de los objetos narcisistas que claudican.

Conceptualización lacaniana de la fobia

El significante fóbico

Al igual que ocurrió en Freud, la posición de Lacan respecto a la fobia también activó transformaciones a lo largo de su enseñanza por lo que tomaremos al respecto lo que planteó en el Seminario que dictó durante los años 1956 y 1957.

Tres formulaciones fundamentales en Lacan	-El inconsciente esta estructurado como un lenguaje. -El inconsciente es el discurso del Otro. -El deseo es el deseo del Otro.
--	--

Este concepto que sostendrá durante toda su obra, influyendo, cómo no, respecto a la fobia. Inicia el análisis del caso Juanito de Freud, 1909, a partir de la relación del sujeto con el deseo del Otro, en el momento en que el niño descubre la falta de falo en la madre.

Postula que el orden simbólico preexiste al sujeto, determinándolo en tanto el sujeto es efecto del significante. Señala que el niño se introduce en el sistema significante a partir de la relación con la madre, que se encarna en el gran Otro primordial, por lo que la primera experiencia simbólica se basa en el juego de oposición del par presencia/ausencia. Lacan agrega: “No podemos conformarnos con dos términos, se necesitan más.”. Por ello, el siguiente paso lleva a la presencia de tres términos: madre-niño-falo. En este momento, se trata del falo imaginario, ese falo que a la madre le falta y cuyo lugar el niño está destinado a ocupar, con el objeto de completarla.

Este momento corresponde al primer tiempo del complejo de Edipo, que se ubica entre la relación primitiva de frustración y el comienzo del Edipo, etapa en la que: “(...) el niño se introduce en la dialéctica intersubjetiva del señuelo. Para satisfacer lo que no puede ser satisfecho, a saber, el deseo de la madre, que en su fundamento es insaciable, el niño (...) toma el camino de hacerse él mismo, objeto falaz.” (Lacan, 1957).

Esta realidad es la que se vuelve vulnerable cuando se precipita la angustia en el pequeño Hans. Lacan señala que lo que quiebra esta relación idílica con la madre es la irrupción en escena del pene real, porque la precipitación de ese elemento hace aparecer una discordancia al ver ese pene real como miserable. Si este nuevo elemento rompe el equilibrio anterior es en tanto no puede ser integrado, apareciendo de repente de entre los objetos cotidianos que rodean al niño, un caballo que muerde. Entonces, y siguiendo a Freud, si la angustia al comienzo carece de objeto, como en el momento en que Juanito tiene un sueño angustioso o cuando llora por primera vez en la calle, ahora ya no es sin objeto, eso sí modificando su valor ya que no se comporta un anhelo erótico por la madre, reprimido, sino del descubrimiento traumático de la realidad sexual en su propio cuerpo.

Esto ocurre en el momento en que allí donde juega la relación madre-niño-falo, el padre deberá pasar a ocupar un lugar, deberá hacerse presente. Aquí se ubica el segundo tiempo del Edipo, y de paso del padre terrible, con el carácter de omnipotente, imaginario, y que se ubica como agente de la privación.

El padre que se precipita en la escena introduce al niño en el complejo de castración, en su versión de terrible, pero, por otro lado, también por freno al capricho del Otro primordial, de la madre. El padre imaginario priva al niño del goce de su madre, pero también priva a la madre de reintegrar al niño, de devorarlo, por lo que su figura no solo es normativa sino también tranquilizadora y, en tanto la interdicción cae también sobre la madre, ello será elaborado por el niño como la castración hacia ella.

En el caso del pequeño Hans, Lacan aclara que el padre de Juanito emerge como un padre terrible en la medida en que sus intervenciones no le indicaron con suficiente determinación que no podía quedarse con la madre como objeto; por tanto, Lacan deriva que el miedo a ser mordido por el caballo no se asocia al separarse de la madre, sino más bien a la no separación, con la consecuencia de ser engullido por el Otro.

“Esa madre insaciable, insatisfecha, a cuyo alrededor se constituye toda la ascensión del niño por el camino del narcisismo, es alguien real, ella está ahí, y como todos los seres insaciables, busca qué devorar (...). He aquí el gran peligro que nos revelan sus fantasmas, ser devorado. Lo encontramos en el origen y lo encontramos nuevamente en este rodeo, y proporciona la forma esencial bajo la cual se presenta su fobia “- (Lacan, 1957).

Esa figura imaginaria de la boca abierta de una madre que no se sacia, es la respuesta que el niño antepone al deseo del Otro. Ese el fin del objeto fóbico, el caballo; objeto



que es un significante y al que Lacan define en estos términos: “(...) les he enseñado a distinguir el objeto fóbico en cuanto significante para todo uso para suplir la falta del Otro (...)”.

El objeto fóbico remite a la significación fálica; la significación de todo síntoma es fálica, por

tanto, es un objeto sintomático. Lacan, en su primera enseñanza, señala al síntoma como metáfora, como sustitución de un significante por otro, de ahí que el objeto fóbico sea metafórico, es un significante “comodín” que suple la falta del Otro.

Este significante viene a cubrir la insuficiencia del Nombre-del-Padre en la metáfora paterna. Este significante fundamental es el que sustituye al deseo de la madre, lo que viene a sustentar que, en la fobia, la función del padre real, aquel que actúa como

agente de la castración que pone freno a la demanda materna e introduce el funcionamiento del significante, se significa como fallida, por lo cual el significante fóbico viene a suplir su lugar. Se trata, pues, de un significante-objeto que sostiene la metáfora paterna restaurando al padre e invocándolo. Lacan, por tanto, le da la vuelta al respecto: no es exactamente el miedo sustentado por la castración en la fobia, sino que es más concretamente una demanda de pedido; en última instancia, es un llamado a que el padre realice su función.

Para alcanzar al tercer tiempo del complejo de Edipo, es necesario que intervenga el padre real. Para el niño se conformará como el que tiene el falo, que lo usa y le vale para hacerse referente de la madre. De esta forma, introduce el orden simbólico, el reino de la ley. Se pasa del falo materno, al que se identificaba el niño, a objeto simbólico. En la medida en que es privado del objeto por quien lo tiene, el niño podrá albergar deseo de que ese objeto simbólico le será otorgado algún día. Lacan indica con este movimiento el papel central de la castración en la constitución del sujeto, bien como operación que limita y, por ello, ordena el deseo.

El caballo, ese significante fóbico, es una solución ante la angustia que provoca enfrentarse con la castración en el Otro, con su falta y por lo tanto con su deseo y oculta la angustia más profunda que sostiene el albergar la posible ante la insatisfacción y pedido de la madre.

Lacan considera el concepto freudiano de parapetos fóbicos. Los señala como puntos peligrosos, de alarma, que reestructuran el mundo actual para el niño; La fobia introduce en el mundo del niño una nueva estructura “(...) Hasta ese momento, el niño estaba, en suma, en el interior de su madre, acaba de ser rechazado, o se lo imagina, está angustiado, y entonces, con ayuda de la fobia, instaura un nuevo orden del interior y del exterior, una serie de umbrales que se ponen a estructurar el mundo “ (Lacan). El

pasaje es desde el interior excluido a la formalización del exterior temido frente al cual es posible ubicar un dique protector.

Con respecto de la resolución de la fobia del pequeño Hans la interpretará como efecto de la eficacia simbólica del mito. Se trata de la producción mítica del propio niño bajo el sustento de diferentes fantasías; estas son movilizadas por las intervenciones del padre: “Podemos concluir que la solución de la fobia está vinculada con la constelación de esta tríada – orgía imaginaria, intervención del padre, castración simbólica” (Lacan).

La fobia como placa o plataforma giratoria

La concepción de Lacan sobre la fobia no fue inmutable. Primero, sostuvo al objeto fóbico, en tanto significante, como objeto sintomático y, por tanto, metafórico. Lacan afirma que “La fobia es un síntoma en el que aparece en primer plano, de una forma aislada y específicamente destacado, el significante” (Lacan, 1958).

Posteriormente afirma que es la forma más radical de neurosis, cuya función es sostener la relación con el deseo, pero mediante la angustia; no la piensa como una entidad clínica: “No debe verse la fobia en absoluto como una entidad clínica, sino como una placa

giratoria (...) Ella vira muy frecuentemente hacia los dos ordenes de neurosis, histeria y neurosis obsesiva, también realiza la unión con la estructura de la perversión (...)” (Lacan)

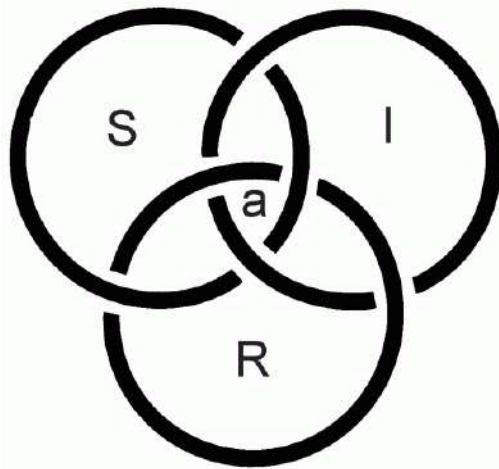
Lacan aplica a la noción de placa o plataforma giratoria el momento lógicamente anterior al posicionamiento del sujeto, quien inmediatamente después optará por la histeria o la neurosis obsesiva, o quizá alguna forma de perversión.

Lacan a esta altura de su enseñanza ya ha alcanzado a la concepción de que la angustia le pertenece un objeto; y, con ello, alcanza la formulación del objeto a. Este tiene una

doble posición interesante: es, por un lado, el objeto perdido causa del deseo, y plus de goce, por otro, que remite a lo real como lo imposible, lo que escapa a la simbolización.

Este objeto, que es una parte del propio cuerpo. Es el resto caído en la operación de la constitución del sujeto; surge como consecuencia de la falta de sostén del sujeto en el orden simbólico, ya que el sujeto se constituye en el campo del Otro como tesoro de los significantes. Este Otro, al igual que el sujeto, tiene la consideración de inconsistente porque esta tachado por la estructura misma del significante.

El objeto a aparece en el matema del fantasma. Es la respuesta del sujeto a la pregunta



¿Qué quiere el Otro de mí?. Este encuentro con el deseo del Otro es traumático en la medida en que al ser enigmático, el sujeto no tiene instrumentos para asimilarlo en tanto no todo es posible en la operación de simbolización, siempre queda un resto; esto remitiría al objeto a como real. Ese núcleo real será velado por el fantasma. Pero cuando este

amenaza con no cubrir lo real, entonces se precipita la angustia.

Por ello, Lacan apunta que en la fobia no habría fantasma por lo da lugar a una angustia radical; ante el deseo del Otro, el fóbico se confronta con su propia insuficiencia para satisfacerlo, y esta falta de respuesta suficiente tiene su sostén en la insuficiente constitución del fantasma. De aquí que afirme: ".../...el campo de la angustia no es sin objeto, siempre que se vea bien que este objeto es la respuesta misma del sujeto en el campo del narcisismo. Se revela entonces la verdadera función de la fobia, que es sustituir el objeto de la angustia por un significante que atemoriza, porque respecto del enigma de la angustia la relación señalada como peligrosa es tranquilizadora. Además, la experiencia nos muestra que, siempre que se produzca el pasaje al campo del Otro, el

significante se presenta como lo que es respecto del narcisismo, a saber, como devorador” (Lacan).

El peligro en la fobia mantiene siempre la característica de algo exterior al sujeto, algo extranjero. Este peligro conlleva la idea de la relación interior/exterior en la que se comparten umbrales, encierros, seguridad o riesgo. Por tanto, el espacio se vive como un territorio no homogéneo en el que de forma habitual puede precipitarse el peligro, siempre con un algo amenazante. Desde aquí, la fobia se conforma como un intento de delimitar un espacio, deficiente en su organización, en hacer territorios transitables bajo el precio de evitaciones que ayudan a mantener a lo amenazante a raya.

La última formulación de Lacan acerca de la fobia, indica que más que la dinámica de una estructura constituida, remite a la constitución misma de la estructura, esto es, a la fundación del sujeto del significante.

Angustia y fobia

Hay dos conceptos fundamentales asociados a la fobia: el objeto y la angustia. En las fobias el estado emotivo es siempre la angustia.

La fobia está hecha para sostener la relación con el deseo, siempre a través de la angustia.

La angustia es la vía que permite acceder a lo que es anterior al deseo y a su objeto. El objeto fóbigeno es un significante que protege al sujeto del acercamiento al deseo. Cuando señalamos acercamiento al deseo, nos referimos ante la prueba del deseo del Otro, cumpliendo una función de defensa. La auténtica función de la fobia consiste en sustituir al objeto de la angustia por un significante que provoca temor.

No podemos contar como si fuera un mecanismo de sustitución en la fobia; sólo encontramos angustia cuyo origen se deviene de una representación reprimida. El

enlace del afecto liberado aprovecha cualquier representación, aunque su condición es la de ser secundario. Cuando se ha movilizad o a este representante psíquico, es la condición fundamental para que se deje sentir la angustia. Como hemos indicado, la fobia no se acomoda al reino de la sustitución en tanto el enlace es secundario; de esta forma, el objeto como significante fálico tiene la posibilidad de sostener la función que falta.

Lacan señala que la función del objeto fóbico es la forma más simple de colmar “el lugar previsto para la falta”. En las fobias, la angustia no proviene de un recuerdo cualquiera porque es de origen sexual. Lo que el sujeto teme es la precipitación del ataque de



angustia, en circunstancias particulares, y que además tiene la convicción de no poder evitarlo. Decididamente, la fobia es el miedo al nacimiento de la angustia.

La angustia no deviene de la represión de la libido. Es ella la que origina la represión. O mejor, la angustia manifiesta el peligro en que se siente el yo.

Freud en su trabajo de “Inhibición, síntoma y angustia” señala que la angustia es algo que sentimos. La ubicamos como de estado afectivo, aunque sin saber que es un afecto. La sensación nos presenta un claro carácter displaciente, no siendo ésta la única de sus cualidades, en tanto no todo displacer lo podemos señalar de angustia. Entre otras sensaciones de carácter displacientes, ubicamos a la ansiedad, el dolor y la tristeza.

En el estado de angustia nos sugiere tenerla en cuenta como una reproducción del trauma del nacimiento. Ciertamente, la salida al mundo causa al niño un sufrimiento

real, no siendo esto lo que básicamente tiene un valor traumático. A este respecto, Lacan indica que el traumatismo de nacimiento se debe más a la intrusión de la atmósfera en el cuerpo del niño que a la separación de la madre. Es devenido por el demasiado lleno que invade al sujeto, y no por la pérdida de algo.

Cuando en el sujeto acontece el encuentro con la angustia es en la medida en que está cerca del deseo del Otro, además del punto que conecta este deseo con el goce, con la satisfacción siempre paradójica de la pulsión. De ahí viene la afirmación de Lacan “solo la angustia transforma al goce en objeto causa del deseo”. Como ya indicamos, el encuentro con el deseo del Otro es traumático; el mensaje recibido tiene un carácter enigmático, no puede ser asimilado en su totalidad, esto es, no puede ser simbolizado del todo, quedando un resto a su simbolización.



Para Lacan, la angustia es algo excepcional; es el único afecto que no engaña. La diferencia de los sentimientos, de los otros afectos que revisten el carácter de sentimientos que mienten. La angustia no engaña porque al enfrentarse el sujeto al significante del deseo del Otro, el sujeto no puede deslizarse en la cadena signifiante. No engaña porque impide la sustitución

mentirosa que sí hacen los otros afectos.

Este es el momento de la angustia, un efecto proveniente del encuentro del sujeto con un goce que desconoce pero que la vez es lo más íntimo de él. La angustia denuncia la falla del fantasma que a la vez es también la del Nombre-del-Padre. En definitiva, se trata de la imposibilidad de derivar todo el goce a través de los carriles del signifiante.

Esta precipitación de la angustia es lo que produce un síntoma que viene a constituir el intento de suplencia, en última instancia de reparación de la falla del Nombre-del-Padre.

La fobia adoptará la forma de una plataforma giratoria donde el objeto fóbico cumple la finalidad de ser convocado como significante con el objeto de suplir el efecto del Nombre-del-Padre, esto, a hacer de muralla al goce.

Diagnóstico de la fobia específica o simple

Pasaremos a señalar aquellos síntomas que los convierten con la capacidad de tener la cualidad de fóbicos. La fobia es un temor intenso y angustioso. Son frecuentes los síntomas estrictamente físicos, tales como palpitaciones, sudores fríos, vello erizado y boca seca. Según los sujetos fóbicos, este miedo paraliza o convoca, por el contrario, a una reacción de fuga. La reacción fóbica se desencadena cada vez que se ve o se entra en contacto con el animal temido. Pero adquiere la misma relevancia por ejemplo una foto o bien la idea de tener que encontrarse con un animal, mostrándose con suficiencia para aumentar el ritmo cardíaco y desencadenar la angustia (Cameron, 1994).

Para llevar a cabo el diagnóstico de Fobia Simple o Específica, algunos especialistas se sustentan en los criterios diagnósticos del DSM-IV-R o del CIE-10. Como sabemos, son dos clasificaciones de enfermedades consensuadas por un amplio abanico de profesionales de reconocido prestigio.

Criterios diagnósticos del DSM-IV-R

Recogemos literalmente lo señalado por dicho manual.

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo -por ejemplo, miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación -, trastorno por estrés postraumático - por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante -, trastorno de ansiedad por separación - por ejemplo, evitación de ir a la escuela -, fobia social - evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas -, trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Clasificación de las fobias

Respecto a la extrema variedad de objetos o situaciones a los que se puede tener fobia, el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, DSM-IV-R, propone 5 tipos.

1. *Tipo animal*. El miedo hace referencia a distintas clases de animales o insectos. Suele iniciarse en la infancia.

2. *Tipo ambiental*. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Suele iniciarse en la infancia.

3. *Tipo sangre-inyecciones-daño*. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Se presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Clasificación fobias DSM-IV-R	1. <u><i>Tipo animal</i></u> . El miedo hace referencia a distintas clases de animales o insectos.
	2. <i>Tipo ambiental</i> . El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos.
	3. <u><i>Tipo sangre-inyecciones-daño</i></u> . El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
	4. <u><i>Tipo situacional</i></u> . El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados.
	5. <u><i>Otros tipos</i></u> . El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los

que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito, adquisición de una enfermedad

4. *Tipo situacional.* El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

5. *Otros tipos.* El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito, adquisición de una enfermedad; fobia a los ‘espacios’ (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Criterios del CIE-10

Ahora articulamos las disposiciones del Manual CIE-10.

Son los Trastornos de ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que por sí mismos no engendran peligro. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. Para el CIE-10, la ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror al pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y, a menudo, se acompaña de

miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondriaco (F45.2). Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (como inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección (F40, por lo general F40.2, fobia específica) .

La mayoría de los trastornos fóbicos son más habituales en las mujeres que en los varones. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, en el caso de no ser tratadas, pueden perdurar durante decenios. El grado de incapacidad vendrá dado por lo fácil o no que sea para el sujeto evitar la situación temida. Este temor a la situación fóbica tiende a estabilizarse, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y, más recientemente, al Sida.

Criterios que se deben tener en cuenta para realizar el diagnóstico según el CIE-10:

- a. Que los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.

CIE-10

- b. Que la ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas

específicos.

c. Que las situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

El sueño en el marco general del desarrollo infantil

Por último, abordaremos la angustia en los sueños, en las pesadillas. Primeramente, desplegaremos las pesadillas bajo el marco conceptual que lo envuelve y que está relacionado con ellas: el sueño.

El sueño y la vigilia se relacionan altamente con mecanismos fisiológicos precisos; la evolución del sueño va parejo con una maduración órgano funcional y con cambios en la electrogénesis cerebral. En los primeros meses de la vida del niño, el adormecimiento está asociado a la sensación de hartura, y, al contrario, el despertar devenido por la sensación de hambre. P. Passouant señala que acuerda el momento en que “no se produce el despertar por estar asociado a una “vigilancia de necesidad junto con necesidad de alimentarse; poco a poco cambia a una “vigilancia selectiva” dependiente del comportamiento adoptado al ciclo diurno”. El niño se adapta a su medio y éste le crea unos hábitos.

Gildford articula brillantemente el desarrollo del Yo y el pattern de sueño-despertar con la interrelación entre el modelo genético de madurez neurofisiológica del bebé y la forma de responder su madre a sus necesidades biológicas y emocionales. Se trata en definitiva de la interacción entre la constitución del sujeto y la reactividad maternal, constituyéndose en un proceso unitario de adaptación psicofisiológica en un momento

en que la conducta manifiesta, los modelos homeostáticos y los precursores de la estructura del Yo están aún indiferenciados en el infante.

El más genetista de los psicoanalistas, Spitz, articula que el sueño del recién nacido es una especial forma de protección que se inscribe dentro de un plan más amplio de defensa contra los estímulos. El bebé evita positivamente el displacer a través de un recurso regresivo.

Fain indica dos formas de sueño. Uno que sucede tras la satisfacción y que permite un repliegue narcisístico de la libido. El otro, se precipita a partir de la frustración o el dolor, que sobrevienen cuando ya no existe una tensión interna. Por su parte, Soulé señala que la palabra sueño es excesivamente genérica y que quizá existan diferentes sueños en los diferentes momentos de la vida de un niño.

Para Soulé, sólo una vez cumplidos los tres meses adquirirá un sentido y un contenido psicológico. Será a partir de dicho momento que la regresión, mecanismo de defensa psicológica, al igual que el sueño, que tiene su origen en un mecanismo fisiológico, evolucionarán paralelamente y se influirán den forma mutua.

Moorte y Ucko señalan que aquello que ocurre durante el sueño evoluciona sobre factores innatos y se transforma con la evolución madurativa pasada la “edad de rectificación”. Indican que tal vez en los primeros tres meses se tiende a dar más importancia al papel de la madre, sin dar ocurrencia a otros factores. Indican que solo a partir de los tres meses, la madre, que actúa como elemento organizador y estimulador de los procesos de maduración, estará en disposición de influir en manejar los momentos de dormir y de estar despierto tanto en el día como en la noche. Acude la hora en que dormir no es ya un asunto puramente físico (esto es, respuesta prácticamente automática a una necesidad corporal en una persona indiferenciada). Acceder a dormirse se hace necesario un retroceso de la libido y, por ende, del interés del Yo. Para Anna Freud la ansiedad se diluye, desaparece cuando las relaciones

objetales del niño se vuelven más seguras y cuando el Yo está suficientemente estabilizado.



El sueño puede tener un valor en sí, puede acogerse a las más variadas interpretaciones. Desde una retirada voluntaria más o menos conseguida, a una defensa del mundo exterior, o también como medio de diálogo o como la manera personal de manifestarse el niño al desarrollar su ansiedad.

Incluso, también puede ser una forma de separarse de los adultos, separación temida o deseada.

Durante el transcurso del primer trimestre de la vida del niño, el tiempo de sueño se reparte durante el nictémero, en 8 o 10 fases que luego se fusionan; los tiempos de vigilia se precisan. El niño, cada vez más activo, tiene más necesidad de ocupaciones y de interés. El adormecerse está asociado a la sensación de saciedad y el despertar a la sensación de hambre. Al acabar la comida, vemos con el lactante se afloja, cómo se cierran sus párpados, como su cabeza cae como muerta, como sus miembros se relajan y llega el sueño.

Debré y Doumic señalan que la saciedad parece estar asociado a la succión y, según ellos, los niños que se alimentan mal, aquellos que maman sin vigor, duermen mal. Sus observaciones alcanzan a admitir que los niños que en el pecho hacen unos esfuerzos de succión mucho más importantes que cuando succionan los del biberón, y que tienen además una alegría afectiva, se encuentran más satisfechos y tienen un relajamiento de

tonos musculares mucho mejor que aquellos niños que son alimentados con leche artificial.

Antes de los tres meses, el desarrollo del Yo del lactante se verá afectado en su totalidad en dependencia de la calidad estimulativa de la madre. Una de las consecuencias ligadas a este hecho será la regulación del sueño.

Pasando la barrera de los tres meses y alcanzando la frontera del año, el sueño es más profundo que anteriormente. El niño se muestra más activo en su estado de vigilia; el adormecerse tras las comidas es menos habitual y en ocasiones se dificulta por la noche. Al igual, el despertar estará menos en relación con el hambre y en su actividad el movimiento es importante, al igual que la búsqueda de satisfacciones afectivas.

Apostados en el segundo año, el niño manifestará un rechazo por el sueño y se despertará por la noche. Se volverá exigente con su madre y vivirá con dificultad la separación que conlleva el sueño, despertando y llorando a la espera de la aparición de la madre. Será en estos momentos donde podrán darse las primeras experiencias de ansiedad y los sueños. En el segundo año es cuando aparecen los ritos a la hora de dormir.

El segundo año de la vida del niño estará en relación al grado de desarrollo general del niño, fundamentalmente en su capacidad de percepción, del establecimiento de relaciones objetales, y de su capacidad de manejar la ansiedad.

En el periodo de tres a cinco años el sueño está organizado, aunque pueda ser habitual que cueste el dormirse, y sea habitual el despertarse por la noche. A los cuatro años se precipitará la negación a hacer la siesta.

La capacidad de contar los sueños se dará en los niños a partir de los cinco a siete años. También coincide que a esta edad suelen tener pesadillas. Y a partir de los siete años el sueño estará más en relación con los otros.

Schwarzburg señala que los niños suelen dibujar sus sueños como algo nebuloso, de forma inconsistente, a través una nube o algo difuminado. En cuanto al espacio, el sueño siempre viene de arriba, la nube siempre baja a la tierra, y la figura humana siempre ocupa la parte superior del dibujo. Sobre este particular, cuando se le demanda al niño que dibuje “el miedo” suele hacerlo refiriéndose a experiencias oníricas o hipnagógicas.

Terrores nocturnos.

Comportamientos particulares o patológicos del sueño o durante el sueño

Terrores nocturnos y pesadillas.

Algunos autores se refieren de forma indistinta a las perturbaciones denominadas pesadillas, como “terror nocturno”, “sueños angustiosos” y “sueños desagradables”.



Señalan su diferencia por la intensidad. Ciertamente, otros autores distinguen entre pesadillas y terror nocturno. Y finalmente otros asemejan las pesadillas a los terrores nocturnos y los diferencian de los

sueños de angustia. Durante la pesadilla es habitual que el niño haga movimientos, gime y se despierta. Puede manifestar su ansiedad demandando el consuelo y

tranquilidad de los padres o insistir en un estado ansioso en tanto tiene miedo a volverse a dormir.

Durante el curso de los terrores nocturnos, el niño, después de algunos pequeños gritos, se levanta o se sienta en su cama, su cara muestra la angustia, grita, gesticula, agitándose, moviéndose como si se defendiera ante una escenificación terrorífica. A su vez, no reconoce a las personas que le rodean, pero con reacción más o menos a los intentos de consolarle. Una vez que el terror cesa, el niño puede volver a dormirse. A la mañana siguiente se despierta no teniendo acceso al fenómeno vivido en la noche anterior. Los terrores pueden tener la capacidad de repetirse en varias noches sucesivas, siendo poco habitual varias precipitaciones en una misma noche. Cuando se repiten las crisis sucesivas tienen la característica de acontecer bajo un horario concreto. E. Still señala que en ocasiones se dan “terrores diurnos” en los mismos sujetos.

Las pesadillas son habituales en los niños. En cambio, los terrores nocturnos son más raros. Las familias pueden suponer que las pesadillas son normales, mientras que los terrores nocturnos puedan ser supuestos como fenómenos patológicos.

E.J. Anthony nos indica que entre las perturbaciones del sueño entre los 4 y los 14 años, los terrores nocturnos se dan entre los 4 y los 7 años. En cambio, las pesadillas entre los ocho y los diez años.

Existe una confusión en las definiciones de pesadilla y terror nocturno. Para Anthony, Mack y otros muchos, la pesadilla parecería una exageración del sueño de angustia. El niño tiene la capacidad de concretar el contenido de un sueño de angustia; la imagen es viva y real.

Gastaut apunta que la pesadilla del adulto está cerca del terror nocturno del niño. Se caracteriza por una descarga vegetativa masiva y, además cuando tiene lugar el

despertar psíquico, el sujeto no se acuerda del sueño, pero sí en cambio tiene un resto de una angustia terrible con un cierto sentimiento de parálisis y opresión.

Sperling trabaja el término de pavor nocturno. Describe tres tipos de perturbaciones:

- Un tipo psicótico con hipermovilidad, comportamiento psicotiforme durante la crisis y amnesia retrógrada (lo que vendría a ser los terrores nocturnos de los otros autores).

- Un tipo traumático con inicio habitualmente después de un suceso traumático agudo. El sueño es irregular, se pueden producir gritos, el despertar es frecuente, con la ansiedad de un sueño que representa una repetición de la situación traumática original.

- Un tipo neurótico. Se caracteriza por pesadillas; el niño se despierta del todo, con angustia y un recuerdo vívido y durable de los contenidos de los sueños.

Las pesadillas y los terrores nocturnos responden a unas manifestaciones de la angustia infantil y, cómo no, son la expresión de un conflicto interno no resuelto. En el sueño de



angustia, la función de “guardián del sueño” (Freud) que tiene el ensueño fracasa. Por tanto, el ensueño se transforma en perturbador del sueño más que en su guardián.

Según señala Gastaut, durante el sueño “sin ensueño”, la actividad mental persiste con un cierto carácter de memorización; las representaciones mentales relacionadas con conflictos afectivos rechazadas, quizá las más graves, se liberarían durante este sueño, durante el cual el

sujeto no corre en absoluto el peligro de ser consciente de ellas, y podrían conllevar una descarga neurovegetativa y a veces, un despertar angustioso.

Mack define tres periodos. En el primero, el material relatado revela la persistencia de temas edípicos. En el segundo, adviene la importancia de los factores preedípicos evolutivos. Y ya en el tercero, las pesadillas del niño, o incluso los sueños en general, son considerados en términos de progreso de la estructuración psíquica del desarrollo del Yo y del Superyó o de despliegue evolutivo de las relaciones objetales del niño.

Para Mack, la ansiedad de la pesadilla tiene su fuente tanto en los conflictos actuales que movilizan al niño como en los miedos que los acompañan, remontándose a un periodo muy precoz y que se movilizan y toman actividad en condiciones de regresión y aislamiento del sueño. Postula la hipótesis de que, para mantener su integridad, el aparato psíquico dormido, privado de los soportes del medio y de las muchas de las posibilidades de que dispone en pleno día, tales como la actividad del juego, responde a la ansiedad recurriendo a unos mecanismos de pensamiento como la distorsión simbólica, la condensación y el desplazamiento, “creatividad desesperada” que sería simultáneamente la función de defensa y la descarga de la tensión.

Es importante que señalemos el trabajo de Sperling porque observa parecidos de estructura y de función entre las fobias y los sueños de ansiedad. M. Klein subraya que el terror nocturno puede cambiarse conservando el mismo valor, adquiriendo el aspecto de perturbaciones del sueño (sueño tardío o despertar precoz, sueño agitado o perturbable).

Anthony compara a niños neuróticos con perturbaciones del sueño y niños neuróticos sin perturbaciones del sueño; en ambos, la neurosis es común. Y encuentra que los sujetos con el sueño perturbado son más cariñosos, mas imaginativos, más temerosos, más sugestivos; es frecuente que adquieran cierta cualidad de “clavos ardiendo” tras ser estimulados. También tienen poca posibilidad de descarga, estando bajo el cargo de

presiones de los padres en algunas ocasiones extremas en el campo social y educativo. También son los que han dormido durante más tiempo en la cama de sus padres y, finalmente, con más frecuentemente su madre tiene componentes fóbicos importantes.

Bibliografía

- Aberastury, A. Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños. Ed. Paidós. Buenos Aires 1984.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Masson, Barcelona 1994.
- Anthony, J. An experimental approach to the psychopathology of childhood: sleep disturbance. Brit. J. Med. Psychol. 1959.
- Bettelheim, B. La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo. Ed. Laia. BCN 1967.
- Bick, E. Análisis de niños en la actualidad. Revista Uruguay, 11. 1969.
- Bleichmar, S. El concepto de infancia en Psicoanálisis. Psicoanálisis con niños y adolescentes. Tomo I nº1. 1991.
- Bowlby, J. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata. Madrid 1979.
- Cosentino, J. C. Angustia, fobia, despertar. Eudeba, Buenos Aires 2006.
- Chemama, R., Vandermersch, B. Diccionario de Psicoanálisis. Amorrortu, Buenos Aires 2004.
- Dolto, F. Seminario de Psicoanálisis de niños, I y II. Ed. Paidós. Barcelona 1982.
- Dolto, F. Trastornos en la infancia. Paidós Ibérica. BCN 1987
- Erickson, E. Infancia y sociedad. Lumen Horné. Buenos Aires, 1993.
- Freud, A. Introducción al psicoanálisis para educadores. Paidós Ibérica. Barcelona 1984.
- Freud, A. Normalidad y patología en la niña: evaluación del desarrollo. Paidós, México 1991.
- Freud, S. Tres ensayos para una teoría sexual. En obras completas. T. II. Biblioteca Nueva. Madrid 1996.

- Freud, S. Análisis de una fobia de un niño de cinco años. En obras completas. T. II. Biblioteca Nueva. Madrid 1996.
- Freud, S. Más allá del principio del placer. En obras completas. T. III. Biblioteca Nueva. Madrid 1996.
- Freud, S. Lo normal y lo patológico en el niño. En Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires 1978.
- Gastaut, H., Batinio, C, Fressy, J., Broughton, R., Tassinari, C., Vittini, F. Étude électroencéphalographique des phénomènes épisodiques épileptiques au tours du sommeil. En le sommeil de Nuit normal pathologique. Masson, Paris 1965.
- Geissmann, C y P. Historia del psicoanálisis infantil. Ed. Síntesis. Madrid 1992.
- Grego, B. (com.). Desarrollo de la escuela inglesa de Psicoanálisis. Tekné. Buenos Aires 1998.
- Grimberg, L. (comp). Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes. Biblioteca de psicología profunda. Paidós. Buenos Aires. 1993.
- Grosskurth, P. Melanie Klein, su mundo, su obra. Paidós Ibérica. Barcelona 1990.
- Imbriano, H. A. Ataque de pánico como síntoma del discurso capitalista. En Testimonios de una praxis. Los conceptos. Ed. Fundación Praxis Freudiana, Buenos Aires 2005.
- Imbriano, H. A. La Odisea del siglo XXI. Efectos de la globalización. Letra Viva, Buenos Aires 2006
- Kahr, Brett. Donald Woods Winnicott. Retrato y biografía. Biblioteca Nueva. Madrid 1999.
- Klein, M. Simposium sobre análisis infantil. En obras completas. Paidós Ibérica. Barcelona 1994.
- Klein, M. El psicoanálisis de niños. En obras completas. Paidós Ibérica. Barcelona 1994.

- Klein, M. Observando la conducta de bebés. En obras completas. Tomo III. Paidós Ibérica. Barcelona 1994.
- Lang, J. L. Introducción a la Psicopatología Infantil. Paraninfo, Madrid 1985
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Rama. Barcelona 1979.
- Leroy, E. B. Les visions du demi-sommeil. Alcan, Paris 1933.
- Levobici, S. Diatkine, R., y Soulé, M. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1998.
- Mack, J. Children's nightmares. Intern. J. Psychoanal, 1965.
- Mahler, M. Psicosis simbiótica infantil: Aspectos genéticos, dinámicos y restitutivos. En Estudios 1 Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984.
- Nemiah, J. Neurosis fóbicas. En Freedman, A. M., Kaplan, H., I. & Sadock, B. J. Tratado de Psiquiatría. Salvat. BCN 1982.
- Rabinovich, D. S. La angustia y el deseo del Otro. Manantial, Buenos Aires 1993.
- Sauri, J. J. Las fobias. Nueva Visión, Buenos Aires 1984.
- Sperling, M. Sleep disturbances in children. En Modern perspectives in International child psychiatry. Edimburgo, 1969.
- Spitz, R.A. De la naissance à la parole. La première année de la vie. PUF, Paris 1968.
- Tustin, F. Ser o no ser: un estudio acerca del autismo. Psicoanálisis A.P. de B.A. Vol. XVII, nº 3, 1995.
- Winnicott, D. W. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona 1981.
- Winnicott, D. W. El proceso de maduración en el niño. Ed. Laia. Barcelona 1981.
- Winnicott, D. W. El gesto espontáneo. Paidós Psicología Profunda. Buenos Aires, 1990.

Cuestiones

1. Realiza alguna referencia al análisis del niño de cinco años, Hans.
2. Señala el origen del vocablo fobia.
3. Indica los cuatro tipos de fobias para S. Freud.
4. Háblanos de los desórdenes fóbicos en los niños.
5. Qué es la fobia para Perrier.
6. Para A. Freud, la verdadera fobia se asocia incondicionalmente a....
7. Indica alguna diferencia entre pesadillas y terrores nocturnos.
8. Describe los tres tipos de perturbaciones bajo el término de pavor nocturno de Sperling.
9. Realiza una reflexión sobre el texto.