

## PSICONEUROSIS EN LA NIÑEZ

*Trabajo presentado en el Congreso Ortopsiquiátrico de Escandinavia, Helsinki, 8 de setiembre de 1961*

Originalmente anuncié que el título de mi trabajo sería "El niño neurótico". Pensamos, sin embargo, que estas palabras (al menos en la lengua inglesa) son una expresión popular pero no una terminología diagnóstica. En verdad, con frecuencia se comprueba en el tratamiento analítico que los denominados "niños neuróticos son en parte psicóticos. Hay un elemento psicótico oculto en el niño neurótico, y puede ser indispensable alcanzar y tratar dicho elemento psicótico si se quiere corregir el estado clínico del niño.

Para que mi tarea fuese un poco más sencilla, decidimos modificar el título de la charla y optar por "Psiconeurosis en la niñez". De manera, entonces, que trataré de formular para ustedes algo que es distinto de la psicosis. No obstante, queda en pie una dificultad, y es que hay dos modos posibles de abordar la cuestión incluso con este título simplificado. ¿Hablaré sobre los orígenes de la psiconeurosis, orígenes que siempre se encuentran en la niñez del individuo sometido a estudio, o sobre el estado clínico de los niños que en sí mismos, en ese momento, durante su niñez, son psiconeuróticos? Creo que no tengo que ser demasiado meticuloso en lo que respecta a este dilema.

Voy a describir, pues, la psiconeurosis, y a diferenciarla de otros estados psiquiátricos. Por supuesto, en psiquiatría no existen claras fronteras entre los distintos estados clínicos, pero si queremos llegar a alguna parte necesitamos simular que existen. La alternativa principal frente a la psiconeurosis es la psicosis. Digamos que en la psicosis hay un trastorno que afecta la estructura de la personalidad. Puede mostrarse que el paciente está desintegrado o se siente irreal, o desconectado de su propio cuerpo o de lo que los observadores llamamos "realidad externa".

Las perturbaciones psicóticas pertenecen a este orden. Por contraste con ellas, en la psiconeurosis el paciente existe como persona, es una persona total que reconoce objetos totales, está bien alojada dentro de su propio cuerpo y tiene bien establecida la capacidad para las relaciones objetales. Pero aun hallándose en esta ventajosa situación, el individuo se halla en dificultades, y estas dificultades surgen de los conflictos resultantes de su experiencia de relaciones objetales. Naturalmente, los conflictos más graves son los vinculados con la vida instintiva, vale decir; con las diversas excitaciones y concomitantes corporales que tienen como fuente la capacidad (general y local) de excitación del cuerpo.

Tenemos, por lo tanto, dos series de niños, aquellos cuyos primeros estadios de desarrollo fueron satisfactorios y han padecido perturbaciones que llamamos psiconeuróticas, y aquellos otros cuyos primeros estadios de desarrollo fueron incompletos, y esa incompletud domina el cuadro clínico. Así que lo que ocurre con la psiconeurosis es que se trata de un trastorno de los niños suficientemente sanos como para no volverse psicóticos.

Desde luego, esta división de los estadios clínicos en dos categorías es demasiado simple. Hay tres complicaciones que debo mencionar si ustedes han de quedar satisfechos con mi exposición.

1. En algún punto entre la psicosis y la psiconeurosis está la depresión. En la depresión, la estructura de la personalidad se encuentra relativamente bien establecida. Podemos abordar esta complicación diciendo que hay depresiones más bien psicóticas, en las que forman parte del cuadro ciertos estados como los de despersonalización, y otras depresiones que son, a los fines prácticos, psiconeurosis. En cualquiera de los dos casos, el paciente se ve en aprietos en lo tocante a los impulsos e ideas destructivos conectados a la experiencia de las relaciones objetales.

2. La segunda complicación proviene de que en algunos pacientes hay una expectativa persecutoria, que puede datar incluso de la primerísima infancia.

3. La tercera complicación tiene que ver con el estado al que a veces se denomina "psicopatía". Quiero decir que los niños con una tendencia antisocial merecen una clasificación propia, ya que pueden ser en esencia normales, o psiconeuróticos, o depresivos, o psicóticos. Lo cierto es que su sintomatología debe considerarse en función de su capacidad de causar fastidio. La tendencia antisocial representa el S.O.S. o cri de coeur del niño que, en una u otra etapa, ha sido privado del suministro ambiental correspondiente a la edad en que no le fue brindado. Esa privación alteró la vida del niño causándole una congoja intolerable, y tiene razón en clamar por que se reconozca el hecho de que "las cosas iban bien, y luego empezaron a dejar de ir bien" para él, y que esto constituye un factor externo, ajeno al control del niño.

Un niño así se empeñará en retornar, a través de la privación y de esa congoja intolerable, al estado preexistente a la privación, cuando las cosas no iban tan mal paró él. No podemos clasificar este estado -que puede conducir a la delincuencia o a la reincidencia en el delito- junto con los demás que hemos rotulado psicosis, depresión y psiconeurosis.

Confío en que coincidirán conmigo en que ante todo yo debía trazar este mapa psiquiátrico, para luego proceder a enunciar mi tesis de que la psiconeurosis es un estado de los niños (o adultos) que han alcanzado, en su desarrollo emocional, una relativa salud mental. El individuo ha sido criado a lo largo de las primeras etapas que corresponden a la dependencia extrema, y ha atravesado las otras, algo posteriores, en que la privación provoca traumas, y ahora está en condiciones de tener sus propias dificultades. Estas dificultades son en esencia propias de la vida y de las relaciones interpersonales, y en general la gente no se lamenta de ellas porque constituyen sus dificultades propias, vale decir, no son el resultado de fallas ambientales o de la negligencia.

Así concebida, la psiconeurosis cobra forma y puede describírsele con bastante claridad. Yo diría que Anna Freud brinda un buen cuadro en

The Ego and the Mechanisms of Defence <sup>(1)</sup>; libro que probablemente todos ustedes conozcan.

Tal vez se pregunten en qué edades estoy pensando cuando hablo de los orígenes de la psicosis y de la psiconeurosis. Respecto a la psicosis, pienso en la primerísima infancia como etapa de extremada dependencia, cuando apenas tiene sentido en psicología hablar de un bebé, -pues la presencia y actitud de la madre forman parte viva de lo que podría denominarse el "bebé potencial" en proceso de convertirse en bebé. Al referirme a los orígenes de las angustias depresivas, pienso en la etapa posterior de la infancia, cuando la dependencia se vuelve menos grave. Al referirme a la edad en que la privación lleva al establecimiento de la tendencia antisocial pienso aproximadamente en el período que va de los 10 meses a los 2-3 años, y en esto coincido con John Bowlby, cuya obra todos ustedes conocen. Luego, cuando llego al punto en que aparece, la psiconeurosis, me refiero a la edad del deambulador <sup>(2)</sup>, a la época en que el pequeño avanza a toda máquina dentro de la familia en dirección al complejo de Edipo -siempre y cuando sea lo bastante sano cómo para llegar a él-.

Pero no quiero que ustedes me hagan aferrarme demasiado rigurosamente a estas edades. Estamos hablando de etapas, más bien que de edades. Las etapas de la infancia y la dependencia reaparecen luego, y lo mismo ocurre con todas las etapas posteriores; de modo tal que no existe una edad que se corresponda exactamente con una etapa, y en la pubertad es mucho lo que tiene que volver a ponerse sobre el tapete si el niño o niña ha de llevar adelante su temprano desarrollo hasta llegar a la vida adulta.

Estamos, pues, en los 3-4-5 años de edad. El varoncito o la niña se ha desarrollado bien, en sus juegos y sueños es capaz de identificarse con cualquiera de sus progenitores, y junto al juego. O al sueño está la vida de los instintos y las excitaciones corporales. Damos por sentada una evolución satisfactoria del uso de símbolos. Gran parte de la vida del niño permanece inconsciente, pero en tanto el niño se vuelve más y más autoconsciente, en esa misma medida la diferencia entre lo consciente y

lo inconsciente se torna más neta. La vida inconsciente, o la realidad psíquica del niño, se manifiesta principalmente mediante la representación simbólica.

Tenemos que hacer ahora una formulación general sobre los niños en la edad de la deambulación, referida a aquellos que viven en su hogar, y en un hogar bueno.

Sabrán ustedes que ésta es la edad en que, en caso de ser el niño sano, se establece y forma su pauta la psiconeurosis. Analizando pacientes de toda edad, encontramos que los orígenes de la psiconeurosis se hallan en este período de los 2-3-4-5 años. Ahora bien, ¿qué pasa si observamos directamente al deambulador mismo?

Debemos decir con claridad que el deambulador sano, niño o niña, presenta todos los síntomas psiconeuróticos posibles. (Para no tener que aclarar en todo momento si es "él" o "ella", me referiré al niño.) Se muestra vital y físicamente activo, pero a la vez se lo ve pálido y decaído, a punto tal que su madre piensa que se le fue toda la vida que tenía. Es dulce y cariñoso, pero también cruel con el gato, y con los insectos puede conducirse como el peor de los torturadores del mundo. Es tierno pero también dañino, le pega una patada a la panza de la madre si ve que empieza a crecer de tamaño, le dice al papá que se vaya, de la casa, o quizás se complota con él para desprestigiar a las mujeres. Tiene rabietas que pueden resultar muy embarazosas si se producen en medio de una elegante avenida; tiene pesadillas, y cuando la madre se acerca a consolarlo le espeta: "¡Vete de aquí, bruja, quiero que venga mamá!". Tiene miedo de esto y de aquello, aunque es muy osado, temerario. Si encuentra un pelo en la comida, o ésta no tiene el color acostumbrado, o no ha sido cocinada por su madre, despertará en él grandes sospechas... y hasta es posible que se rehúse a comer en casa y en cambio engulla vorazmente todo lo que le ofrecen su tía o su abuela.

Es muy probable que vea toda clase de personas o animales imaginarios en el corredor del departamento, o de niños imaginarios a los

que hay que acechar al sentarse a comer. Es más fácil aceptar estas ideas delirantes que procurar que alcance la cordura.

De vez en cuando, el niño nos dice que nos quiere, o hace un gesto espontáneo que lo indica. Una mezcla de todo.

En esta etapa del desarrollo, el niño está elaborando una relación entre su capacidad de soñar, o su vida imaginativa total, y el ambiente confiable disponible. Por ejemplo, si a la mañana siguiente el padre está presente en la mesa en el momento del desayuno (me refiero a Inglaterra); se sentirá seguro como para soñar que a papá lo atropella un auto o que, simbólicamente, el ladrón le pega un tiro al marido de la acaudalada dama para quedarse con su cofre de joyas. Pero si el padre no estuviese presente, un sueño así le resulta demasiado aterrador y genera en él sentimientos de culpa o un estado depresivo. Y así sucesivamente.

Debo ahora procurar enunciar qué es lo que pasa en estos casos.

Aun en el más satisfactorio de los ambientes posibles, el niño tiene impulsos, ideas y sueños en los que se plantea un intolerable conflicto: entre el amor y el odio, entre el deseo de preservar y el deseo de destruir, y de un modo más complejo, entre las posiciones heterosexual y homosexual respecto de la identificación con los padres. Estas angustias son previsibles forman parte de la historia e implican que el niño está vivo.

No obstante, él halla insoportables algunos aspectos de dichas angustias, y por lo tanto comienza a erigir defensas. Estas defensas se organizan, y hablamos entonces de psiconeurosis. La psiconeurosis es la organización de las defensas contra la angustia del tipo que estoy mencionando.

Desde luego, el chico puede regresar a la dependencia infantil y a pautas infantiles, perder las características fálicas y genitales propias de la fantasía y el juego que se dan con excitación, o volver a una existencia oral o del tracto alimentario, y hasta perder sus tempranos logros en

materia de integración y su capacidad para las relaciones objetales; puede incluso llegar a perder el íntimo contacto establecido entre su psique y su cuerpo. No hablaremos entonces de psiconeurosis.

Manteniéndonos estrictamente dentro de nuestro tema, diremos que en la psiconeurosis el niño no pierde nada de su temprano desarrollo integrador, pero se defiende de la angustia de diversas maneras, que la señorita Freud ha descrito con claridad en el libro que he mencionado.

En primer lugar, está la represión: surge un tipo especial de inconsciente, el inconsciente reprimido. Gran parte de la vida del deambulador tiene lugar bajo la represión y se torna inconsciente. El inconsciente reprimido es, por supuesto, molesto, ya que la represión implica un oneroso expendio de energía, y además lo reprimido siempre es proclive a reaparecer en una u otra forma, en un sueño o tal vez proyectado en fenómenos exteriores. Sea como fuere, el beneficio debe medirse por la menor proclividad del niño a la angustia clínica o manifiesta. Un aspecto particular de la represión es la inhibición del instinto, una pérdida de una parte de la moción instintiva en relación con los objetos, que equivale aun serio empobrecimiento de la experiencia vital del niño.

En segundo lugar, pueden aparecer fantasías reprimidas y crear perturbaciones en la forma de un trastorno psicósomático, los llamados "síntomas de conversión", cuyo contenido fantaseado se ha perdido; o bien en la forma de angustias hipocondríacas sobre ciertas partes del cuerpo, o del alma; y no hay solución frente a tal sintomatología a no ser que se recupere el contenido fantaseado, perdido<sup>(3)</sup>.

En tercer lugar, se organizan ciertas fobias. Por, ejemplo, el temor a los lobos, o bien a las ratas si éstas se encuentran más cerca de casa. Una fobia de esta índole puede resguardar muy bien al niño de la rivalidad con sus hermanos, por ejemplo, y del temor a los odiados hermanos:

En cuarto lugar; puede organizarse una tendencia obsesiva para hacer frente a la confusión e impedir el peligroso retorno del impulso

destrutivo. En el perfeccionismo, el odio contra el mundo es el que lleva a querer dar vuelta todas las cosas. Este es un pobre sustituto de la secuencia sana: 1) impulso e idea destructivos; 2) sentimiento de culpa; 3) reparación o actividad constructiva-, pero al neurótico tiene que servirle.

Tal vez ustedes puedan agregar a esta lista varios tipos más de formación de pautas psiconeuróticas. En cada caso, la pauta de las defensas va dirigida contra la angustia en el nivel del complejo de Edipo y está determinada, en alguna medida, por las características del ambiente; pero la moción que lleva a la formación del síntoma psiconeurótico proviene de los conflictos fundamentales del individuo entre el amor y el odio, conflictos que indican un desarrollo emocional sano en cuanto a la estructuración y la fuerza del yo, y también indican un fracaso del yo en cuanto a tolerar las consecuencias de las tensiones del ello o instintivas.

Y la principal defensa es la represión. Esta es la razón de que el psicoanálisis, en su forma clásica, sea el tratamiento de pacientes con un yo sano, en la medida en que han enfrentado la ambivalencia mediante la represión y sin un quebrantamiento de la estructura yoica; y la labor principal en el análisis del paciente con síntomas psiconeuróticos consiste en traer a la conciencia el inconsciente reprimido. Esto se logra a través de la interpretación, día tras día, de la relación del paciente con el analista en tanto esta relación va evolucionando gradualmente y, al hacerlo revela la pauta de la propia historia del paciente en el plano del complejo de Edipo, y a los 2-3-4 años de edad.

¿Qué papel cumple el ambiente en estas cuestiones? Ya he indicado el papel vital que cumple en el comienzo de la etapa de la máxima dependencia; me he referido a ese período especial en que el niño pequeño puede fácilmente convertirse en un niño deprivado, y confío en haber podido mostrar, de varias maneras, que en la etapa del complejo de Edipo tiene un valor inmenso que el niño pueda seguir viviendo en un ambiente hogareño estable, en el cuál se sienta seguro para jugar y soñar, y pueda convertir su impulso de amor en un gesto efectivo en el momento apropiado.

El ambiente es algo que damos por sentado. En ésta etapa de las primeras relaciones triangulares la tarea del niño alojado en una institución es distinta que la del niño que vive en su hogar, con sus padres y hermanos. Además, un buen hogar absorbe gran cantidad de dificultades, lo cual se vuelve patente cuando el hogar se destruye o lo perturba alguna enfermedad; en especial una anormalidad psiquiátrica de los padres. No obstante, para remitirme estrictamente a mi tema, que es el estudio de las psiconeurosis, necesito destacar que es aquí, precisamente aquí, cuando abordamos las tensiones y tirantezas internas, los conflictos, sobre todo inconscientes, que pertenecen a los reinos de la realidad psíquica personal de cada individuo.

El paciente que padece una psiconeurosis requiere asistencia personal de una índole tal que vuelva posible el aminoramiento de las fuerzas de la represión y la liberación de la energía personal para el impulso no premeditado.

La enfermedad psiconeurótica puede calibrarse según la rigidez de las defensas contra la angustia correspondientes a la experiencia real e imaginaria de las relaciones triangulares, así como entre personas totales.

Como saben, el ambiente se suma al cuadro de la psiconeurosis determinando en parte la naturaleza de la pauta defensiva. Sin embargo, la psiconeurosis no tiene su etiología en la condición ambiental sino en los conflictos personales que son peculiares del individuo: En contraste con ello, el niño antisocial lo es claramente como resultado de la privación. Asimismo, comprobamos para nuestra sorpresa que en la etiología del más grave de los trastornos psiquiátricos, la esquizofrenia, una falla en los cuidados brindados en la primerísima etapa de la dependencia infantil absoluta es aún más importante que el factor hereditario.

En la práctica, esta concepción de la psiconeurosis se ve desdibujada por el hecho de que corrientemente no atendemos pacientes que sean, por así decir, casos "puros" de psiconeurosis. Por otra parte, como nos enseñó Melanie Klein <sup>(4)</sup> el origen de la imposibilidad del niño para evitar las organizaciones defensivas psiconeuróticas radica en las

fallas del desarrollo en etapas anteriores. Pero esto no debe complicarnos. Para salir del paso tenemos que hablar como si las enfermedades fuesen psiconeurosis, trastornos afectivos, o psicosis, o tendencia antisocial:

Surge la pregunta: ¿qué es la normalidad? Bueno, podemos decir que el individuo sano ha podido organizar sus defensas contra los intolerables conflictos de su realidad psíquica interna, pero en contraste con la persona afectada de psiconeurosis, la sana se halla relativamente libre de una represión masiva y de la inhibición del instinto. Además, en la salud el individuo puede recurrir a toda clase de defensas y pasar de una clase a otra, y de hecho no manifiesta en su organización defensiva la rigidez propia de la persona enferma.

Dicho esto, quisiera sugerir que clínicamente el individuo realmente sano está más cerca de la depresión y la locura que de la de la psiconeurosis. La psiconeurosis es aburrida. Es un alivio que un individuo pueda ponerse loco y ponerse serio, y disfrutar del alivio que brinda el sentido del humor, y poder flirtear con la psicosis, por decirlo así. En el arte moderno experimentamos la anulación retroactiva de los procesos que constituyen la cordura y las organizaciones defensivas psiconeuróticas, y el principio de que lo más importante es la seguridad.

Permítaseme agregar unas palabras acerca del vasto tema de la adolescencia. En el período de la adolescencia, la pubertad es una amenaza que luego crece y domina la escena. Una descripción del adolescente se parecería a la de un niño de 2-3 4-5 años: un conjunto de tendencias contradictorias entre sí. A raíz de la maduración gradual de los instintos, por unos años el adolescente se halla en un estado en que no puede aceptar soluciones falsas. Esto pone de manifiesto nuestra dificultad para tratar adolescentes, el lecho de que debemos tolerar su negativa a salir de las dudas y dilemas. La única solución para la adolescencia es la maduración que trae el tiempo y que convierte al adolescente en un adulto.

De modo que la psiconeurosis entra en el cuadro de la adolescencia como una amenaza de soluciones falsas procedentes del

interior del individuo, inhibiciones, rituales obsesivos, fobias y síntomas de conversión, defensas contra la angustia asociadas a la vida instintiva que ahora amenaza de otra manera. Forma parte del problema mundial que hoy presenta la adolescencia el hecho de que debamos ver cómo cada niño defiende resueltamente su derecho a no encontrar una solución falsa, ya sea mediante la psiconeurosis o la aceptación de los diversos tipos de ayuda que nosotros impotentemente les ofrecemos.

La psiconeurosis que persiste en la vida adulta es claramente considerada y sentida como una molestia y una anormalidad, y lo único que aquí necesito decir sobre la psiconeurosis adulta es que su etiología se remonta al período de la niñez que va de los 2 a los 5 años, en que por primera vez se establecen relaciones interpersonales y se desarrolla la capacidad del niño para identificarse con la vida instintiva de sus padres.

*Notas:*

(1) Londres, Hogarth Press, 1937 [trad. esp.: El yo y los mecanismos de defensa, Buenos Aires, Paidós, 1950.]

(2) "Toddler age": por lo general, esta expresión inglesa se utiliza para designar el periodo en que el niño apenas empieza a caminar (entre el año y el año y medio, aproximadamente); no obstante, Winnicott la emplea con una extensión temporal mucho más amplia, como se verá.

(3) Se me ocurre que quizás esté usando la palabra "fantasía" (fantasy) de un modo que no le resultará familiar a algunos de ustedes. No estoy hablando del fantasear (fantasying), ni de una fantasía imaginada (continued fantasy). Hablo del conjunto de la realidad personal o psíquica del niño, que en parte es consciente pero en su mayoría es inconsciente, incluido aquello que no se verbaliza ni se figura ni se escucha de un modo estructurado porque es primitivo y se halla próximo a la raíz casi fisiológica de la cual emana.

(4) "The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties" (1845), en Melanie Klein, Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945, Londres, Hogarth Press, 1948. [Trad. cast. en M. Klein, Obras completas, T. 1, Buenos Aires, Paidós, 1989.]