

FORT – DA. REVISTA DE PSICOANÁLISIS DE NIÑOS

JUANITO: EL “ANTES” DE LA FOBIA

CARLOS EDUARDO TKACH

A modo de introducción

Ha sido tanto lo ya escrito y repetido sobre el pequeño Hans que puede resultar difícil concebir en principio, a partir de este caso original, alguna nueva contribución que tenga consecuencias sobre nuestra práctica actual en el psicoanálisis de niños.

Freud descubrió ese continente de los síntomas neuróticos en los niños, inició su exploración y trazó el mapa inicial a partir de la histeria de angustia-fobia. Los analistas que lo siguieron en el territorio de la propia infancia continuaron y profundizaron esa indagación al reducir la escala cartográfica y permitieron mejorar la comprensión clínica de las angustias infantiles.

Sin duda, los aportes posteriores a las perspectivas abiertas por el fundador del psicoanálisis han sido fundamentales y tienen en la actualidad un valor insustituible ya que han complejizado las dimensiones a tener en cuenta cuando se trata de profundizar nuestros conocimientos sobre las fobias en la infancia. Más aún, debemos a esos estudios provenientes de variadas perspectivas del campo del psicoanálisis de niños un panorama más amplio y complejo de la sintomatología infantil en general.

Como indicio de las vicisitudes de nuestra disciplina digamos que Anna Freud confiesa en 1965 la sorpresa que había experimentado con el paso de la práctica privada a la apertura de centros de consulta y clínicas para niños. Esa nueva población para los analistas permitió constatar que las problemáticas que enfrentaban en las consultas no podían explicarse, como se lo esperaba, según el modelo “prototípico” heredado de Freud de la conceptualización de Juanito y del Hombre de los Lobos.

Indiquemos que esa sorpresa no tuvo lugar en el caso de Winnicott pues cuando éste se inicia en el psicoanálisis ya estaba en contacto con esas problemáticas desde su trabajo como pediatra en el hospital y es desde esa experiencia que comienza a conceptualizar los síntomas infantiles repensando los conceptos analíticos. No seguiremos aquí esta cuestión pero sería instructivo hacer una indagación histórica según estos parámetros en

los inicios en Viena, en Berlín y también en los comienzos del psicoanálisis de niños en Francia y en USA.

El “antes” de la fobia

Hemos optado para este trabajo poner la lupa sobre el tiempo previo a la instalación de la fobia de Juanito y profundizar su significación remitiéndonos para ello a los últimos parámetros de la obra freudiana.

Como es sabido, el mismo Freud hizo este movimiento pero se restringió a la fobia misma al vincularla con la angustia de castración. En la exposición y conceptualización del caso en 1909, sí puntualiza con detalle ese tiempo anterior pero no vuelve sobre él en la reconceptualización que hace en *Inhibición, síntoma y angustia*. Nuestro foco se situará en ese “antes” pues creemos que podría iluminar muchas situaciones clínicas en los niños en las que ese tiempo anterior no tiene como destino obligado la típica fobia como su “después”.

En las propias reconceptualizaciones de la última etapa freudiana encontramos algunas claves para repensar ese “antes” tal como es expuesto en el caso Juanito. Anticipémoslo desde ya: de lo que se trata es del trauma y sus efectos postulados por Freud como etiología de la neurosis en general y retomados desde una nueva perspectiva en la última etapa de su obra. Con ese eje revisaremos ese tiempo previo, no revisado por Freud, en Juanito.

Las precisiones en la puntuación del historial de 1909 son tan valiosas que, a pesar de ser muy conocidas, siguen siendo esclarecedoras e instructivas y resultan convenientes que las sigamos textualmente para apoyar nuestra exposición.

Freud es explícito en fundamentar la importancia de separar el comienzo de la angustia y el de la fobia (*‘...la impresión cierta de que la referencia de la angustia a su objetos se establece secundariamente’*). Es decir que el “antes” está signado por el comienzo de la angustia que dará origen al denominado “estado de angustia”. Es este último el que será especificado como un estado de angustia libremente flotante.

Es el mismo material el que permite esta orientación y “ningún otro punto temporal es tan favorable al entendimiento como ese estadio inicial” que lamentablemente, indica, es descuidado la mayoría de las veces. El “*estallido del estado de angustia*” [en lo que

sigue las negritas son nuestras] no fue tan repentino como parecía a primera vista. La perturbación se había iniciado con “pensamientos tiernos angustiados” y luego con un sueño de angustia cuyo contenido era “*perder a la madre*” y no poder hacer mimos con ella. Anteriormente al estallido ya había tenido también “parecidos talantes de añoranza y angustia” y consiguió así ser aceptado por su madre en la cama.

Recordemos que Freud postula en el niño ya aún antes de esta eclosión, la presencia de “una *excitación sexual acrecentada*, cuyo objeto es la madre” que lo llevó a dos intentos de seducirla, siendo el último “muy poco anterior al estallido de la angustia”. En esta etapa entonces, el “fenómeno básico de su estado” es pues, “que la ternura hacia la madre se haya acrecentado enormemente”. A partir de aquí subraya como fundamental “el vuelco de la excitación sexual en angustia”. Es decir que es la ternura intensificada “lo que súbitamente se vuelca en angustia”.

Siguiendo su primera teoría de la angustia ésta corresponde a “una *añoranza erótica reprimida* [que] carece al comienzo de objeto, como toda angustia infantil: es todavía angustia y no miedo” (“*Es esta acrecentada ternura por la madre lo súbitamente se vuelca en angustia; lo que...sucumbe a la represión*”). Freud reconoce la dificultad de saber de dónde proviene el empuje para la represión pero anticipa que quizás ‘*resulte meramente de la intensidad de la moción, no dominable para el niño*’.

Los estados angustiados del niño “prueban que al **comienzo de la enfermedad contraída** no existía una fobia a andar por la calle o a pasear, ni tampoco a los caballos”.

En este comienzo el niño “no puede saber de qué tiene miedo” y en el primer paseo por la calle cuando “no quiere decir de qué tiene miedo, es que tampoco él lo sabe”. Lo que sí sabe y dice es que por la calle le falta la madre y no quiere apartarse de ella. Trasluce de este modo el primer sentido de “su **aversión** a andar por la calle”. A causa de la represión esta añoranza reprimida ya no es lo mismo que la añoranza común. Esta última podría transformarse en satisfacción plena aportándole el objeto ansiado pero para la angustia esta terapia ya no sirve, la misma permanece aunque la añoranza pudiera ser satisfecha.

A consecuencia de la represión, la angustia ya no puede mudarse plenamente en libido. Freud denomina “**angustia patológica**” a esta sensación de añoranza angustiada desde el momento en que ya no se la puede cancelar aportándole el objeto.

Respecto de la causa que condujo a la mudanza de esta añoranza libidinosa en angustia reconoce que la respuesta es difícil. Conjetura inicialmente dos alternativas sumamente interesantes. La primera se refiere a la “**intensidad**” de la moción pulsional “**no dominable** para el niño”; y la segunda, a una incapacidad somática o una intolerancia constitucional a la satisfacción masturbatoria regularmente ejercida como consecuencia de la persistencia de la intensidad de la excitación.

El niño había practicado la masturbación durante mucho tiempo obteniendo satisfacción. Ahora bien, los estados de angustia no son provocados por la masturbación, afirma Freud, ni lo son en general por una satisfacción. Pero justamente en la época que nos ocupa, el niño se encuentra en “**la lucha por deshabituarse**”. Ello resulta más coherente con la represión y con la formación de la angustia que se produce justamente con posterioridad a la amonestación de la madre (con la que adquirió según Freud el “**<complejo de castración>**” aunque respondiendo “*todavía sin conciencia de culpa*”). Al estar bajo los efectos de una importante “**oleada represiva**” que recae sobre los componentes sexuales dominantes, se despoja del onanismo. Además, incluye bajo esta oleada represiva el hecho de que el niño “**rechaza de sí con asco cuanto recuerde a excrementos y ser espectador de los desempeños excretorios**”.

Para enmarcar el surgimiento de este estado angustioso se nos aportan elementos de la historia del niño. El nacimiento de su hermanita fue un “**suceso**” que “**exacerbó sus vínculos con los padres**”, “**propuso a su pensar unas tareas insolubles**” y “**su condición de espectador de los cuidados de la crianza le reanimó, luego, las huellas mnémicas de sus propias vivencias de placer, las más tempranas**”. Como se sabe, Freud subraya que “*apetito de saber y curiosidad sexual parecen ser inseparables entre sí*”.

Freud generaliza la importancia de este acontecimiento cuando señala que en muchos historiales clínicos “**es preciso tomar como punto de partida ese reavivamiento del placer y del apetito de saber sexuales anudado al nacimiento del siguiente hijo**”. El estado febril del niño después del nacimiento trasluce el rechazo del niño a ese aumento

de la familia. Es decir que, en este caso la hostilidad es la reacción primera en el tiempo aunque pueda sucederla la ternura.

De modo que la presencia de esta hermana le aparejó muchas cosas que “*desde entonces no lo dejaron tranquilo*”. En primer lugar una “**privación**” de las satisfacciones recibidas de su madre: “*un poco de privación; al comienzo una separación temporaria de la madre, y luego, una disminución temporaria de sus cuidados y atención, que tuvo que acostumbrarse a compartir con su hermana*”. En segundo lugar, “una **eclosión de vivencias de un placer ya perdido**” frente al espectáculo de los cuidados que su madre le brindaba a su hermanita. De ambos influjos resultó “*un acrecentamiento de su necesidad erótica que empezó a sufrir una falta de satisfacción*”.

Es justamente a partir de estas “*vivencias de privación*” que Freud pone de relieve los antecedentes del aparentemente repentino estallido de angustia. Un sueño de angustia de esa época tenía por contenido que la mamá había partido y ya no la tenía para hacerle mimos. Ya anteriormente a este sueño mostraba un talante sentimental al irse a la dormir y había manifestado una vez este pensamiento con el condicional “si yo no tuviera ninguna mamá, si tú te fueras...”.

Sobre la historia de la enfermedad y el tratamiento

Para enmarcar nuestro punto de atención resulta instructivo y necesario volver sobre una puntualización del mismo Freud acerca del modo de producción del proceso al que se asiste en el caso en general.

Destaca que el historial del pequeño Hans es muy breve y a poco de su comienzo es relevado por el historial del tratamiento. El desarrollo de la fobia en el curso de este último nos coloca frente a “*algo ya terminado que salía a la luz y no una neoproducción que pudiera cargarse a cuenta del tratamiento mismo*”. No siempre se puede contar con una indagación así en otros casos de terapia, concluye Freud. Señalemos al pasar que está aludiendo en cierto modo a lo que unos años más tarde definirá bajo el concepto de la compulsión de repetición en la cura.

Es decir que durante la cura se asiste a la emergencia de algo original que da la ocasión de penetrar así en la frescura del desencadenamiento y del desarrollo de un proceso. En esta consideración el término de comparación presente en Freud es sin duda las curas de

adultos en las que los historiales ya son largos y lo que se despliega en el curso del tratamiento puede adjudicársele a una neo-producción causada por el mismo.

Tendríamos mucho para reflexionar en psicoanálisis de niños a partir de esta puntuación freudiana aunque no es este el lugar de hacerlo. En el tratamiento de muchas fobias infantiles nos encontraríamos con estas mismas condiciones. Pero no en todas, otras tienen historiales, todavía en la misma infancia, ya no de corta duración.

No obstante, sí digamos que ese tiempo “antes” sobre el que estamos deteniéndonos podría ser ubicado bajo este mismo parámetro. Aunque en este caso corresponde a los antecedentes de la cura se trata de un proceso original. Pero justamente, en la práctica analítica con niños también asistimos del mismo modo a procesos originales que se corresponden con este tiempo “antes” y sus derivaciones posteriores, que como anticipamos y deseamos llamar la atención, no necesariamente es la historia de angustia-fobia.

La perspectiva del trauma (1).

\Corresponde aquí una aclaración respecto a la cuestión del trauma. Esta noción sí está presente en el historial de Juanito aunque de modo diferente a su uso anterior a 1900. No obstante, conserva algunos elementos de esa primera época.

Freud pone en juego dos factores como parámetros para ordenar la explicación del caso. Se trata de la “*vivencia accidental*” y la “*fuera traumática*”. Pero estos son utilizados centralmente para explicar el desencadenamiento de la fobia en cuanto tal. Recordemos que, según Freud, “*la ocasión actual tras la que estalló la fobia*” fue aquella en que el niño vio caerse a un caballo. Pero no le atribuye a esta “*vivencia accidental*” la propia eficacia de una “*fuera traumática*”. La vivencia es “*en sí no sustantiva*” pero en tanto antecedió al estallido de la enfermedad sí le atribuye el papel de su “*ocasionamiento*”. Reconoce que al niño “*le causó gran impresión*”, “*se aterrorizó mucho, creyó el caballo estaba muerto*” y que a partir de allí todos los caballos se tumbarían. Pero afirma que “*ese accidente observado por casualidad fue dotado de eficacia*” a consecuencia de la anterior significación del caballo como objeto de interés del niño. La neurosis se anudó a ella directamente y elevó el caballo a objeto de angustia.

En comparación con esta última escena le parece “*más apta para el trauma*” una vivencia anterior en la que un amiguito se tumbó en el juego del caballo y por vía

asociativa que va desde ese amiguito hasta el padre. Subrayemos de paso que con estas consideraciones se nos pone de relieve que Freud retoma las ideas de “*idoneidad determinada*” y “*fuerza traumática*” de sus escritos anteriores a 1900 (*La etiología de la histeria*). Pero dada la flexibilidad y multivocidad de los enlaces asociativos, las referencias a estas escenas tampoco hubieran bastado si la impresión no hubiese sido apta también para ligarse al otro complejo que acechaba en el inconsciente: el del parto de la madre embarazada (“*en esa ocasión vio y oyó cosas que no pudo entender*”), además del de la castración.

En el modelo que está en juego en estas consideraciones, Freud articula la constitución del síntoma fóbico a una vivencia accidental que desencadena y encadena, en un segundo tiempo, un complejo de conexiones previas que operarían como un primer tiempo. Estas conexiones, ya presentes durante el estado de angustia guiarán la angustia desligada hasta su fijación en la representación del caballo. Es decir que está utilizando el modelo de causación del síntoma que ya está presente desde sus primeros escritos y que sistematizará posteriormente en las series complementarias.

La perspectiva del trauma (2)

Insistamos, la pregunta que nos guía es: ¿ante qué estamos durante el estado de angustia del pequeño Hans, anterior a la constitución de la fobia?

Postulamos que se trata de los efectos de lo que denominará posteriormente (a partir de *Inhibición, síntoma y angustia*, en particular) una “*intensidad hipertrófica*” de la excitación proveniente de fuentes internas y que constituirá el “*factor traumático*”. Además se hallan presentes también en este estado los primeros esfuerzos defensivos ante el mismo.

La oleada represiva y la lucha por deshabituarse de la masturbación nos ponen en evidencia que se habría iniciado en el niño un esfuerzo de lo que Freud denominará renuncia pulsional (es decir, renuncia a la satisfacción pulsional). La eclosión-reanimación de vivencias de placer perdidas (no dominables, no ligables, no tramitables, debido a una intensidad excesiva para su estado psíquico) por un lado, y el afrontamiento de vivencias de privación por el otro (las que comienzan a dar lugar a una reacción de autoprivación en el propio niño) nos colocan ante una lucha ya instalada en el propio Hans. El estallido del estado de angustia es un efecto de este conflicto.

En los últimos escritos en los que Freud vuelve sobre las primeras vivencias sexuales infantiles subraya que las mismas están enlazadas con impresiones dolorosas de angustia, prohibición, desengaño y castigo, es decir, de carácter traumático.

En esta misma dirección, destaquemos que en el texto mismo de *Inhibición, síntoma y angustia* reconoce explícitamente la posibilidad de que “*los primeros -muy intensos- estallidos de angustia*” producidos antes de la diferenciación del superyó, fueran el resultado de “*factores cuantitativos como la intensidad hipertrófica de la excitación y la ruptura de la protección antiestímulo*” y “*las ocasiones inmediatas de las represiones primordiales*”. Como consecuencia de estas elaboraciones quedan establecidas las vinculaciones posibles a estudiar entre represiones originarias y estallidos de angustia de carácter traumático.

Cuando vuelve a situar el trauma en la primera infancia en la etiología de las neurosis destaca que se trata de “*impresiones de naturaleza sexual y agresiva y daños tempranos del yo*” (*Moisés y la religión monoteísta*) que se producen en el período en que se inicia la capacidad del lenguaje. Más específicamente de “*vivencias o impresiones*” en el cuerpo propio o “*percepciones sensoriales*”, en general de lo “*visto y oído*”.

Las precisiones de Freud nos aportan además que el trauma da lugar a “*efectos*” tanto “*positivos*” (tendencia al recuerdo-repetición de la vivencia que constituyen la fijación al trauma, la compulsión de repetición) como “*negativos*” (tendencias a que no se recuerde-repita la vivencia, que constituyen las reacciones de defensa, que también son fijaciones al trauma pero de tendencia contrapuesta a sus oponentes). Tanto los efectos positivos como los negativos poseen naturaleza compulsiva.

Resulta particularmente interesante señalar aquí que cuando precisa estas reacciones de defensa, enumera las “*evitaciones que pueden acrecentarse hasta ser inhibiciones y fobias*”. Subrayamos este último punto porque los síntomas de la neurosis en sentido estricto son así diferenciados de la fobia, ya que los primeros serán claramente formaciones de compromiso en las que se dan cita “*las dos clases de metas que parten del trauma*”.

Tampoco es este el lugar de profundizar la cuestión problemática planteada por la fobia. Nuestro rumbo no se encamina aquí a confrontar la fobia misma de Juanito según las perspectivas que se abren en las propias formulaciones freudianas. Pero sí queremos

deja puntualizado que desde este último punto de vista la fobia se ubicaría así del lado de las reacciones defensivas intensificadas.

Como venimos apuntando el foco de nuestra indagación es el estado de angustia de Hans anterior a su fobia. Y para ello nos servimos de este último modelo freudiano sobre el trauma y sus efectos. Si como ya señalamos, podemos adjudicarle carácter traumático a las vivencias de eclosión pulsional y privación padecidas por el niño, su estado de angustia podríamos entenderlo como el resultado simultáneo de la lucha entre el despliegue de los efectos positivos y negativos del trauma, anteriores a que la formaciones de compromiso se organicen.

El estado de angustia inicial de Juanito es en el fondo un estado de angustia traumática o automática (el factor traumático) que ha eclosionado como consecuencia de un estado excitación intensificado y que, enlazándose de forma inestable a representaciones de amenaza de pérdida de la madre, se mantiene como angustia flotante no ligada. Este último estado es muy similar sino el mismo, correspondiente a lo que Freud denomina también angustia expectante. En cuanto tal, dicho estado conjuga tanto la compulsión que busca la satisfacción perdida (los efectos positivos del trauma) y la inicial reacción defensiva contra ella (los efectos negativos del trauma).

Hemos insistido en vincular los términos de Freud sobre el comienzo de la enfermedad (definido como el estallido de la angustia patológica en Juanito) al conflicto psíquico entre, el desencadenamiento-eclosión de una intensa excitación sexual no dominable (es decir, traumática) con los movimientos psíquicos defensivos de aversión y rechazo. Ahora bien, estos movimientos defensivos tienen su origen tanto en las vivencias de privación impuestas al niño como en su propia reacción de rechazo de sí contra la intensidad de esa otra parte de sí.

Ya anticipamos nuestra idea de poner de relieve que este tiempo “antes” del estallido de angustia no tiene necesariamente como su “después” ya determinado la fobia del tipo que presenta Juanito. El camino seguido por este niño hasta su fobia, se debió a condiciones que llamaríamos estructurales que consistían en su particular relación al saber ya instalado en su ser y el modo de presencia singular de la figura del padre que entre otras dimensiones también está especificado por su relación al saber inconsciente. Como consecuencia del particular análisis llevado a cabo por este último, el despliegue

del ese saber dio lugar al trabajo psíquico de simbolización que permitió la cura de su fobia.

La cuestión es entonces la siguiente: si no están dadas las que especificamos como estas condiciones estructurales particulares, del lado del niño y de la posición de las figuras parentales, cuáles serían entonces los destinos posibles que se abrirían en como respuestas psíquicas para enfrentar el sufrimiento ocasionado por el desencadenamiento de un estado de angustia bajo parámetros similares de estructuración subjetiva a los enfrentados por Juanito.

Las opciones típicas que presentaremos (además de que pueden combinarse entre sí de distintos modos) lejos de agotar el espectro posible, se apoyan en los estudios realizados a partir de nuestra experiencia clínica. Tienen el objetivo de dar cuenta de amplias diversidades sintomáticas justamente para dar cuenta de ellas tanto con mayor precisión conceptual como de la búsqueda de mayor eficacia en acción analítica.

Aclaremos, para no apartarnos de los factores que operan en el caso de Juanito, que las configuraciones típicas a las que nos referiremos pueden ser ya consideradas bajo la instalación estructural de la cuestión de la castración aunque dicha ubicación tome a su vez diversas modalidades psíquicas y sintomáticas. Por otra parte debemos tener presente el estado psíquico del niño en el momento en que llega a nuestra consulta inclusive con la historia de las vicisitudes que presentaremos.

Por ejemplo, el tiempo del estallido de angustia puede intensificarse en grados diversos y presentarse como las conocidas crisis de angustia en la infancia bajo distintas manifestaciones sintomáticas agudas o en camino de cronificarse en especial si la angustia no ligada resulta predominante o perturba el funcionamiento o estructuración de los procesos ligados. Las áreas de la vida psíquica comprometida en estos casos sirven para dar forma con frecuencia a las respuestas psíquicas que constituyen las perturbaciones del niño. En estos últimos casos podemos encontrarnos también con estados de angustia permanente que generan un estado de inestabilidad y desasosiego permanente en el niño. O bien, instalarse como una fobia fija, es decir que el inicial temor de Juanito de perder a la madre se convierta en una angustia organizadora bajo lo que se denomina comúnmente angustia de separación, con las consecuencias psíquicas posteriores que también comienzan a encadenarse y producirse en la vida del niño. O

bien, dar lugar a un proceso en el que predominen las reacciones defensivas e incrementarse las evitaciones e inhibiciones, también bajo las distintas manifestaciones que nos presenta la clínica y que dan lugar a configuraciones singulares. O también, por último, como intensificación de los efectos positivos del trauma que ya señalamos, que se manifiestan como búsqueda y demanda de satisfacción permanente, con la intolerancia a la falta o insuficiencia de ellas, y estallidos de violencia ante las privaciones y frustraciones; aquí las salidas sintomáticas se encaminan y se presentan del lado de las impulsiones y actos compulsivos.

La enumeración podría ser continuada pero para no abundar nos detendremos aquí en lugar de continuar con las tipicidades que pueden encontrarse. No se nos escapan la variedad de factores que debemos tener en cuenta y que intervienen en estos destinos sintomáticos. Pero sí subrayemos que las manifestaciones que enfrentamos aquí no constituyen los típicos síntomas psiconeuróticos. En los casos más benignos, pero no siempre ni necesariamente, y tratamiento analítico mediante, pueden ser las vías que conduzcan a una estructuración neurótica “normativazante”. Es decir que, alcanzar en estos últimos casos lo que se produciría en aquellos estados neuróticos de la infancia que Freud definía como de carácter espontáneamente pasajero, se obtendría a expensas de un forzoso trabajo psíquico en el que la presencia analítica se vuelve indispensable.

Nos hemos propuesto y esperamos lograrlo, a partir del caso paradigmático del psicoanálisis de niños, estimular a la profundización de las complejidades que enfrentamos actualmente en la infancia suscribiendo así la necesidad permanente de afinar nuestros instrumentos conceptuales y clínicos.

CARLOS EDUARDO TKACH

DR. EN PSICOLOGÍA, UBA.

PROF. ADJUNTO REGULAR DE CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UBA.

PROF. TITULAR DE CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, CARRERA DE
PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE BELGRANO.

