

BIBLIOTECA: PSICOLOGIA INFANTIL

- I- Erik H. Erikson: INFANCIA Y SOCIEDAD.
- IV- Edith Buxbaum: COMPRENDA A SU HIJO.
- VII- Leo Kanner: EN DEFENSA DE LAS MADRES.
- VIII- J. L. Despert: HIJOS DEL DIVORCIO.
- IX- D. W. Winnicott: LA FAMILIA Y EL DESARROLLO DEL INDIVIDUO.
- XI- Hartley - Frank - Goldenson: COMO COMPRENDER LOS JUEGOS INFANTILES.
- XIV- D. W. Winnicott: EL NIÑO Y EL MUNDO EXTERNO.

FOTOCOPIADORA
54 C.E.H.C.E.
Clínica de Niños
Folio S/F -
68 D/F 4

ORIGINAL

VOLUMEN I

54--62

1

ERIK H. ERIKSON

INFANCIA Y SOCIEDAD

Prólogo a la segunda edición en castellano por el
Dr. EMILIO RODRIGUE

FOTOCOPIADORA
54 C. E. H. C. E.
Clínica de Niños
S/F -
Folio 62 D/F 4



EDICIONES HORME S. A. E.

Distribución exclusiva
EDITORIAL PAIDOS

BUENOS AIRES

foques han traído apareada una marcada disminución de muchas enfermedades y, en otros casos, de la mortalidad.

Con todo, algo extraño está sucediendo. Cuando tratamos de pensar en las neurosis como enfermedades, gradualmente llegamos a reconsiderar todo el problema de la enfermedad. En lugar de llegar a una mejor definición de la neurosis, encontramos que algunas enfermedades difundidas, tales como las afecciones cardíacas y estomacales, parecen adquirir nuevo significado cuando se las considera equivalentes a los síntomas neuróticos, o por lo menos, a síntomas de una perturbación central y no de un acontecimiento periférico en partes afectadas aisladas.

Aquí, el nuevo significado del enfoque "clínico" resulta extrañamente similar a su más antiguo significado. "Clínico" designó en alguna época la función de un sacerdote junto al lecho del enfermo, cuando la lucha somática parecía llegar a su fin y el alma necesitaba una guía para su solitario encuentro con su Hacedor. De hecho, hubo una época en la historia medieval en que un médico tenía la obligación de llamar a un sacerdote si no podía curar a su paciente al cabo de cierto número de días. En tales casos, se partía del supuesto de que la enfermedad era de una índole que hoy denominaríamos somático-espiritual. La palabra "clínico" se ha despojado hace mucho de su ropaje clerical, pero está recuperando parte de su antigua connotación, pues sabemos que una persona neurótica, no importa dónde, cómo y por qué se sienta enferma, está mutilada en su esencia, al margen de que dicha esencia se considere ordenante u ordenada. Puede no verse expuesta a la soledad final de la muerte, pero experimenta esa soledad entumecedora, ese aislamiento y esa desorganización de la experiencia que llamamos ansiedad neurótica.

Por mucho que el psicoterapeuta aspire a obtener prestigio, solidez y tranquilidad a través de las analogías biológicas y físicas, trata, sobre todo, con *ansiedad humana*. Al respecto puede decir poco que no diga lo todo. En consecuencia, antes de hacer aplicaciones más amplias, conviene que exprese explícitamente cuál es su posición en su actividad clínica.

Por lo tanto, este libro comienza con un espécimen de patología, a saber, la súbita manifestación de un violento trastorno somático en un niño. Nuestro reflector no intenta aislar y mantener enfocado ningún aspecto o mecanismo particular de este caso; antes bien, se desplaza deliberadamente al azar en torno de los múltiples factores involucrados, a fin de determinar si es posible circunscribir el área del trastorno.

1. UNA CRISIS NEUROLÓGICA EN UN NIÑO PEQUEÑO: SAM

Una mañana muy temprano, en un pueblo del norte de California, la madre de un niño de tres años se despertó debido a los extraños ruidos provenientes de la habitación de aquél. Corrió junto a su cama y lo encontró en medio de un terrible ataque. Tuvo la impresión de que se trataba de un ataque cardíaco similar al que había provocado la muerte de su madre cinco días antes. Llamó al médico, quien afirmó que el ataque de Sam era de índole epiléptica. Le administró algún sedante e indicó que trasladaran al niño a un hospital en una ciudad cercana. El personal hospitalario no se mostró dispuesto a comprometerse con un diagnóstico debido a la corta edad del paciente y a que estaba bajo la acción de drogas. Dado de alta pocos días después, el niño parecía estar perfectamente bien; sus reflejos neurológicos eran normales.

Con todo, un mes más tarde el pequeño Sam encontró un topo muerto en el patio de su casa y se mostró desusadamente agitado al respecto. Su madre intentó responder a sus astutas preguntas sobre la muerte. De mala gana, se fue a dormir después de haber manifestado que, evidentemente, la madre tampoco sabía nada. Por la noche gritó, tuvo vómitos y contracciones alrededor de los ojos y de la boca. Esta vez el médico llegó a tiempo para observar los síntomas que culminaron en una severa convulsión en todo el lado derecho del cuerpo. El personal del hospital compartió esta vez el diagnóstico de epilepsia, debida posiblemente a una lesión cerebral en el hemisferio izquierdo.

Dos meses más tarde, se produjo un tercer ataque cuando el niño aplastó accidentalmente una mariposa con la mano, y en el hospital se hizo una modificación al diagnóstico: "factor precipitante: estímulo psíquico". En otras palabras, debido a una patología cerebral es probable que el niño tuviera un umbral más bajo para la explosión del ataque convulsivo; pero era un estímulo psíquico, la idea de la muerte, lo que lo precipitaba por sobre dicho umbral. Por otra parte, ni la historia de su nacimiento, ni el desarrollo de su infancia, ni el estado neurológico entre los ataques mostraban una patología específica. Gozaba de excelente salud general. Estaba bien alimentado y sus ondas cerebrales en esa época sólo indicaban que la epilepsia "no podía excluirse".

¿Cuál era el "estímulo psíquico"? Evidentemente, tenía que ver con la muerte: un topo muerto, una mariposa muerta, y entonces recordamos el comentario de la madre en el sentido de que du-

rante su primer ataque había tenido el mismo aspecto que su abuela moribunda.

He aquí los hechos que rodean la muerte de la abuela:

Algunos meses antes, la abuela paterna había visitado por primera vez el nuevo hogar de la familia en X. Se produjo una excitación que perturbó a la madre más profundamente de lo que ella suponía. La visita implicaba someterse a un examen: ¿habría cumplido con su deber para con su esposo y su hijo? También había cierta ansiedad con respecto a la salud de la abuela. Se advirtió al niño, que por aquella época disfrutaba molestando a la gente, que el corazón de la abuela no era demasiado fuerte. El prometió no molestarla y, al principio, todo anduvo bien. No obstante, la madre rara vez dejaba solos al niño y a la abuela, sobre todo porque aquél parecía no soportar muy bien el control forzoso. La madre pensaba que el niño estaba cada vez más pálido y tenso. Cierta día, cuando la madre decidió salir y dejar al niño al cuidado de su suegra, al regresar encontró a la anciana en el piso, presa de un ataque cardíaco. Según informó más tarde la abuela, Sam se había trepado a una silla y se había caído. Existían múltiples motivos para sospechar que la había molestado y que había hecho deliberadamente algo que ella le rogó que no hiciera. La abuela estuvo enferma durante largos meses, no logró recuperarse, y, finalmente, murió unos pocos días antes del primer ataque del niño.

Se imponía llegar a la conclusión de que lo que los médicos habían denominado el "estímulo psíquico" tenía que ver en este caso con la muerte de la abuela. En realidad, la madre recordó luego algo que en su momento no le pareció pertinente, a saber, que Sam, en el momento de acostarse la noche antes del ataque, había acomodado sus almohadas en la misma forma en que lo hacía la abuela para evitar la congestión, y que se había dormido casi sentado, igual que su abuela.

Por extraño que parezca, la madre insistió en que el niño nada sabía sobre la muerte de la abuela. A la mañana del día siguiente le dijo que la abuela se había ido de viaje a Seattle. Sam lloró y exclamó: "¿Por qué no se despidió de mí?" Se le respondió que no había tenido tiempo. Luego, cuando sacaron de la casa una caja larga, grande y misteriosa, la madre le dijo que contenía los libros de la abuela. Pero Sam nunca había visto a la abuela traer o usar tantos libros, y no podía comprender por qué tantos parientes, que habían acudido presurosamente, derramaban tantas lágrimas junto a un cajón lleno de libros. Desde luego, dudé de que el niño realmente hubiera creído la historia; de hecho, la madre había quedado desconcertada ante una cantidad de comentarios hechos por el pequeño. Cierta vez, cuando deseaba que en-

contrara algo que él se negaba a buscar, Sam le dijo en tono burlón: "Se ha ido de viaje, a Seattle". En el grupo de juego al que ingresó más tarde como parte del plan terapéutico, este niño, habitualmente vigoroso, solía perderse en ensañones y construir innumerables variaciones de cajas rectangulares, cuya abertura cerraba cuidadosamente. Sus preguntas en esa época justificaban la sospecha de que experimentaba con la idea de estar encerrado en una caja rectangular. Pero se negó a escuchar la tardía explicación de la madre, ofrecida casi en tono de súplica, en el sentido de que en realidad la abuela había muerto. "Estás mintiendo", le respondía. "Está en Seattle. Voy a volver a verla."

A partir de los pocos datos ofrecidos hasta este momento acerca del niño, debe resultar evidente que era un muchachito obstinado, vigoroso y precozmente inteligente, que no se dejaba engañar con facilidad. Sus ambiciosos progenitores tenían grandes planes para su único hijo: con su inteligencia podría ingresar en un college y luego estudiar medicina en el Este, o quizás abogacía. Alentaban en él la expresión vigorosa de su precocidad y curiosidad intelectuales. Siempre había sido obstinado y ya a los pocos días de su nacimiento se había mostrado incapaz de aceptar como respuesta un "no" o un "quizás". En cuanto pudo extender los brazos, empezó a dar golpes, tendencia que no resultaba absurda en el vecindario en que nació y se crió, un barrio de población mixta, donde debe haber aprendido desde muy temprano que convenía golpear primero, por si acaso. Pero ahora vivían en una ciudad pequeña y próspera, en la que eran la única familia judía. Tuvieron que enseñarle a no pegar a los otros chicos, a no hacer demasiadas preguntas a las mujeres y, por amor de Dios así como en beneficio de los negocios, a tratar bien a los gentiles. En su medio ambiente anterior, la imagen ideal presentada a Sam había sido la de un muchachito "duro" en la calle y un chico despierto en el hogar. Ahora el problema consistía en convertirse rápidamente en lo que los gentiles de clase media llamarían "un muchachito encantador, a pesar de ser judío". Sam había realizado una tarea de notable inteligencia al adaptar su agresividad y convertirse en un ingenioso bromista.

Aquí el "estímulo psíquico" cobra mayores dimensiones. En primer lugar, siempre había sido un niño irritable y agresivo. Los intentos de restricción por parte de los otros siempre provocaban su cólera; sus propios intentos por controlarse traían apareada una intolerable tensión. Podríamos hablar aquí de su *intolerancia constitucional*, entendiéndolo por "constitucional" únicamente la imposibilidad de atribuirlo a nada previo; siempre había sido así. Debo agregar, sin embargo, que su cólera nunca duraba demasiado

FOTOCOPIADURA

C. E. H. C. E.

S/F
D/F

Fallo

54--62

2

②

y que no sólo era muy afectuoso, sino también notablemente expresivo y exuberante, rasgos que lo ayudaban a adoptar el rol de quien hace travesuras sin mala intención. Por la época en que se produjo la llegada de la abuela, sin embargo, algo lo había privado de su sentido del humor: había golpeado duramente a un compañero, había corrido un poquito de sangre, y a él lo habían amenazado con el ostracismo. Sam, el vigoroso extrovertido, se había visto obligado a permanecer en su casa junto a la abuela, a quien no podía molestar.

¿Su agresividad formaba parte de una constitución epiléptica? No lo sé. No había nada febril o agitado en su vigor. Es cierto que sus tres ataques principales estuvieron relacionados con ideas sobre la muerte, y que los dos últimos tuvieron que ver con el alejamiento de su primero y su segundo terapeuta, respectivamente. También es verdad que sus mucho más frecuentes ataques menores, que consistían en quedarse con la mirada fija, hacer arcadas, y breves desmayos de los que se recuperaba diciendo, preocupado, "¿Qué ocurrió?", a menudo se produjeron inmediatamente después de actos o palabras agresivos de su parte. Podía arrojar una piedra a un desconocido, o bien decir: "Dios es un zorrino", o "Todo el mundo está lleno de zorrinos", o (a su madre): "Eres una madrastra". ¿Eran éstos estallidos de agresión primitiva que se veía luego obligado a expiar a través de un ataque? ¿O bien constituían intentos desesperados de descargar, a través de una acción violenta el presagio de un ataque inminente?

Tales fueron las impresiones que reuní leyendo la historia clínica del médico y los informes de la madre cuando me hice cargo del tratamiento del niño, unos dos años después del comienzo de su enfermedad. Y pronto habría de presenciar uno de sus accesos menores. Habíamos estado jugando al dominó, y a fin de poner a prueba su umbral lo hice perder persistentemente, lo cual no me resultó fácil. Palideció y fue perdiendo toda su vivacidad. De pronto se puso de pie, tomó una muñeca de goma y me la arrojó con fuerza a la cara. Luego su mirada se volvió inexpresiva y adquirió fijez, tuvo arcadas como si fuera a vomitar y un desmayo pasajero. Al volver en sí, dijo con voz ronca y apremiante: "Sigamos", y acomodó mis piezas, que se habían caído. Los niños tienden a expresar en las configuraciones espaciales lo que no pueden o no se atreven a decir. Al recomodar las piezas apresuradamente, hizo una configuración rectangular: una copia en miniatura de las grandes cajas que solía construir previamente en la *nursery school*. Todas las piezas miraban hacia adentro. Ya del todo consciente, observó lo que había hecho y sonrió débilmente.

Senti que estaba en condiciones de escuchar lo que yo creía entender. Le dije: "Si quisieras ver los puntos de tus piezas, tendrías que estar dentro de esta pequeña caja, como una persona muerta en un ataúd".

"Sí", murmuró.

"Eso debe significar que tienes miedo de tener que morir porque me golpeaste."

Casi sin aliento, preguntó: "¿Tengo que morir?"

"Claro que no. Pero cuando se llevaron a tu abuela en el ataúd probablemente pensaste que la habías hecho morir, y por eso tenías que morir también. Por eso construías esas cajas grandes en tu escuela, así como hoy hiciste esta pequeña. Debes haber pensado que te ibas a morir cada vez que tenías uno de esos ataques."

"Sí", respondió, algo avergozado, porque en realidad nunca había admitido ante mí haber visto el cadáver de su abuela, lo cual significaba que sabía que ella había muerto.

A esta altura se podría pensar que hemos aclarado el caso. Mientras tanto, sin embargo, también había trabajado con la madre y me había enterado del papel, sin duda importante, que ella había desempeñado en esta historia. Pues podemos estar seguros de que cualquiera que sea el "estímulo psíquico" presente en la vida de un niño, es idéntico al conflicto más neurótico de su madre. En realidad, la madre logró luego recordar, a pesar de una severa resistencia emocional, un incidente durante el cual Sam le había arrojado una muñeca a la cara mientras ella se encontraba muy atareada haciendo los preparativos para la llegada de su suegra. Lo haya hecho "deliberadamente" o no, tuvo muy buena puntería: le aflojó uno de los dientes de adelante. Un diente es una posesión muy valiosa en más de un sentido. La madre le devolvió el golpe, con mayor fuerza y mayor rabia que nunca. No había exigido que se le devolviera diente por diente, pero había desplegado una cólera que ni ella ni él sabían que podía experimentar.

¿O lo supo el niño antes que ella? Este es un punto crucial, pues creo que la escasa tolerancia de este niño para la agresión se veía acentuada por la connotación general de violencia en su familia. Más allá del conflicto individual, todo el medio ambiente de estos hijos de quienes huyeron de los ghettos y los pogroms está invadido por el problema del destino especial de los judíos frente a la cólera y la violencia. Todo había comenzado significativamente con un Dios que era poderoso, colérico y vengativo, pero también tristemente atribulado, actitudes que había legado a los sucesivos patriarcas, desde Moisés hasta los abuelos de este niño. Y todo había concluido con la inerte impotencia del pueblo

judío, elegido pero disperso, frente al mundo circundante de gentiles siempre potencialmente violentos. Esta familia había desafiado el destino judío al aislarse en una ciudad gentil; pero llevaban su destino en ellos como una realidad interior, en medio de todos esos gentiles que no los negaban activamente en su nueva aunque incierta seguridad.

Aquí es importante agregar que nuestro paciente se había visto envuelto en el conflicto de sus padres con sus antepasados y con los vecinos, en el momento más inoportuno para él, pues pasaba por una etapa de la maduración caracterizada por una intolerancia a toda restricción. Me refiero al rápido aumento de la energía locomotora, la curiosidad mental, y el tipo sádico de masculinidad infantil que por lo común aparece alrededor de los tres o cuatro años, y se manifiesta de acuerdo con las diferencias en las costumbres y el temperamento individual. No cabe duda de que nuestro paciente había sido precoz en éste y en otros sentidos. En esa etapa cualquier niño es propenso a mostrar una mayor intolerancia a la restricción con respecto al libre movimiento y a las preguntas persistentes. Un vigoroso aumento de la iniciativa, tanto en la acción como en la fantasía, vuelve al niño que se encuentra en esta etapa particularmente vulnerable al principio del talión —y él había llegado a una distancia desagradablemente corta del castigo "diente por diente". En esa etapa, a un niño le gusta fingir que es un gigante porque tiene miedo de los gigantes, ya que sabe muy bien que sus pies son demasiado pequeños para las botas que calza en sus fantasías. Además, la precocidad implica siempre un relativo aislamiento y un perturbador desequilibrio. Así, pues, su tolerancia frente a las ansiedades de sus padres era específicamente baja en el momento en que la llegada de la abuela sumó conflictos ancestrales latentes a los problemas sociales y económicos del momento.

Este es, pues, nuestro primer "especimen" de una crisis humana. Pero, antes de seguir discutiéndolo, permítaseme decir unas palabras sobre el procedimiento terapéutico. Se hizo un intento por sincronizar la tarea pediátrica con la psicoanalítica. Las dosis de sedantes fueron disminuyendo gradualmente a medida que la observación psicoanalítica comenzaba a discernir, y el *insight* a fortalecer, los puntos débiles en el umbral emocional del niño. Los estímulos específicos para esas áreas débiles se consideraron no sólo con el niño sino también con sus padres, a fin de que éstos pudieran examinar su papel en el desarrollo de la perturbación y llegaran a algún *insight* antes de que su precoz hijo los superara en cuanto a la comprensión de ellos y de sí mismo.

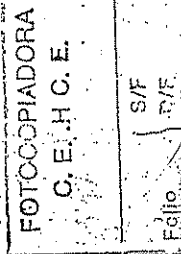
Cierta tarde, poco después del episodio en que me arrojó una

muñeca a la cara, nuestro pequeño paciente se acercó a la madre, que descansaba en un diván. Le puso la mano sobre el pecho, y dijo: "Sólo un chico muy malo querría saltar sobre su mamita y pisarla; sólo un chico muy malo querría hacer eso. ¿No es así, mamita?" La madre se rió y dijo: "Estoy segura de que a ti te gustaría hacerlo ahora. Creo que un chico bueno puede pensar que tiene ganas de hacerlo, pero sabría que en realidad no lo desea", o algo por el estilo: es difícil decir esas cosas y los términos exactos no son demasiado importantes. Lo que importa es su espíritu, y la implicación de que hay dos maneras distintas de desear una cosa, que pueden separarse mediante la autoobservación y comunicarse a los otros. "Sí", respondió Sam, "pero no lo haré". Luego agregó: "El señor E. siempre me pregunta por qué arrojé cosas. Él arruina todo". Y agregó rápidamente: "Esta noche no habrá ninguna escena, mamita".

Así, el niño aprendió a compartir su autoobservación con la misma madre contra la que solían apuntar sus rabietas, y a convertirla en una aliada de su *insight*. Era de máxima importancia establecer esa posibilidad, pues le permitía al niño advertir a su madre y a sí mismo toda vez que sentía la proximidad de esa peculiar cólera cósmica o cuando percibía indicaciones somáticas (a menudo muy leves) de un ataque. Ella se ponía inmediatamente en contacto con el pediatra, quien estaba plenamente informado y se mostraba sumamente cooperativo, y aconsejaba alguna medida preventiva. En esta forma, los ataques menores se redujeron a acontecimientos raros y fugaces que el niño aprendió gradualmente a manejar con un mínimo de conmoción. No se produjeron ataques serios.

Al llegar a este punto el lector tendría derecho a protestar en el sentido de que tales ataques en un niño pequeño podrían haber desaparecido sin necesidad de recurrir a procedimientos tan complicados. Es posible que así sea. No se pretende afirmar aquí que se ha logrado una cura de la epilepsia mediante el psicoanálisis. Reclamamos menos y, en cierto sentido, aspiramos a más.

Hemos investigado el "estímulo psíquico" que en un período particular del ciclo de vida del paciente contribuyó a poner de manifiesto una potencialidad latente para los ataques epilépticos. Nuestra forma de investigación permite alcanzar conocimientos en la medida en que proporciona *insight* al paciente, y lo corrige en la medida en que se convierte en una parte de su vida. Cualquiera que sea su edad, recurrimos a su capacidad para autoexaminarse, para comprender y para planear. Al hacerlo, podemos efectuar una cura o acelerar una curación espontánea, lo cual constituye una contribución considerable si se tiene en cuenta el



daño hecho por el mero carácter habitual y repetitivo de tales tormentas neurológicas severas. Pero si bien no pretendemos haber logrado curar la epilepsia, nos gustaría creer en principio que con estas investigaciones terapéuticas sobre un fragmento de la historia de un niño, ayudámas a toda una familia a aceptar una crisis en su seno como una crisis en la historia familiar, pues una crisis psicósomática es emocional en la medida en que el individuo enfermo responde específicamente a las crisis latentes en las personas significativas que lo rodean.

Sin duda, esto no tiene nada que ver con hacer o aceptar reproches por el trastorno. En realidad, los autorreproches de la madre en el sentido de que ella podía haber dañado el cerebro de su hijo al darle aquella fuerte bofetada, constituían gran parte del "estímulo psíquico" que buscábamos, ya que aumentaban y reforzaban ese temor general a la violencia que caracterizaba la historia de la familia. Sobre todo, el temor de la madre a haberlo dañado era la contraparte y, por ende, un refuerzo emocional, de lo que finalmente entendemos que constituía el "estímulo psíquico" patógeno realmente dominante que los médicos de Sam querían que encontráramos, a saber, el temor del niño a que también su madre pudiera morir, debido al golpe que le diera en el diente y a sus acciones y deseos sádicos más generales.

No, la culpa no constituye una ayuda. Mientras exista un sentimiento de culpa, también hay intentos irracionales por compensar el daño realizado, y tal reparación impregnada de culpa a menudo trae apareado más daño. Lo que cubría esperar que el paciente y su familia obtuvieran de nuestro estudio sobre su historia es una más profunda humildad frente a los procesos que nos gobiernan, y la capacidad para pasar por ellos con mayor simplicidad y honestidad. ¿Cuáles son esos procesos?

La naturaleza de nuestro caso sugiere que comencemos con los procesos inherentes al organismo. En estas páginas nos referiremos al organismo como un proceso antes que como una cosa, pues nos interesa la cualidad homeostática del organismo viviente y no los ítems patológicos que la sección o la disección permitirían demostrar. Nuestro paciente padecía un trastorno somático de un tipo y una intensidad que sugieren la posibilidad de una irritación cerebral somática de origen anatómico, tóxico, u otro. No fue posible demostrar ese daño, pero debemos preguntarnos qué carga significa su presencia en la vida de este niño. Aunque fuera posible demostrar la existencia del daño, ello sólo constituiría una condición potencial, aunque necesaria, para la convulsión. No podría considerarse como su causa, pues debemos suponer que son

numerosos los individuos que viven con una patología cerebral similar sin tener jamás una convulsión. El daño cerebral, entonces, se limitaría a facilitar la descarga de tensión, cualquiera que fuera la fuente, a través de tormentas convulsivas. Al mismo tiempo, serviría para recordar permanentemente la presencia de un punto interno de peligro, de una escasa tolerancia para la tensión. Puede decirse que tal peligro interior vuelve aún más bajo el umbral del niño para los peligros exteriores, sobre todo cuando se percibe en las irritabilidades y ansiedades de los padres, cuya protección es tan fundamentalmente necesaria, precisamente debido al peligro interior. Así, resulta imposible establecer, como en tantos otros casos, si la lesión cerebral determina la mayor impaciencia e irritabilidad del niño o si su irritabilidad (que compartía con otros familiares y a la que estaba expuesto en su contacto con ellos) hace que su lesión cerebral resulte más significativa que en un niño de otro tipo y entre personas distintas.

Por lo tanto sólo podemos afirmar que en la época de la crisis la "constitución" de Sam, así como su temperamento y su etapa del desarrollo, tenían tendencias específicas en común; todos convergían en la intolerancia a las restricciones a la libertad locomotora y la expresión agresiva.

Pero las necesidades de Sam con respecto a su actividad muscular y mental no eran tan sólo de naturaleza fisiológica, sino que constituían un factor importante del desarrollo de su personalidad y formaban parte, por lo tanto, de su equipo defensivo. En las situaciones de peligro, Sam utilizaba lo que llamamos mecanismo de defensa "contratóxico": cuando se sentía atemorizado, atacaba, y cuando enfrentaba un conocimiento que otros quizás preferirían evitar por perturbador, hacía preguntas con ansiosa persistencia. Tales defensas, a su vez, eran adecuadas a las sanciones de su medio ambiente temprano, que lo consideraba más encantador cuanto más rudo y despierto se mostraba. Por lo tanto, al desplazar el foco, muchos de los ítems que originalmente figuraban como partes de su constitución fisiológica y mental, terminan por pertenecer a un segundo proceso de organización, que llamaremos *la organización de la experiencia en el yo individual*. Como se verá con mayores detalles, este proceso central protege la coherencia y la individualidad de la experiencia al preparar al individuo para los chequeos que pueden ser el resultado de discontinuidades súbitas tanto en el organismo como en el medio ambiente, al permitirle anticipar los peligros internos y externos y al integrar lo constitucional con las oportunidades sociales. Así, asegura al individuo un sentimiento de individuación e identidad coherentes: de ser uno mismo, de ser aceptable y de encontrarse en camino de

llegar a ser lo que la otra gente, con su enfoque más bondadoso, considera que somos. Resulta evidente que nuestro muchachito trató de convertirse en un travieso y un preguntón inteligente, papel que en un comienzo había encontrado eficaz frente al peligro y que ahora, según comprobaba, lo provocaba. Hemos descrito en qué forma su papel (que servía para prepararlo para el rol adulto de intelectual judío) se desvalorizó temporariamente debido a sucesos ocurridos en el vecindario y en el hogar. Tal devaluación dejó fuera de combate al sistema defensivo: cuando lo "contrafóbico" no puede atacar, el niño se siente expuesto al ataque, lo espera e incluso lo provoca. En el caso de Sam, el "ataque" provenía de una fuente somática.

Con todo, los "roles" surgen del tercer principio de organización, el social. El ser humano de todas las épocas, desde el primer puntapié *in utero* hasta el último suspiro, está organizado en agrupamientos de coherencia geográfica e histórica: familia, clase, comunidad, nación. Así, un ser humano es siempre un organismo, un yo, y un miembro de una sociedad, y está involucrado en los tres procesos de organización. Su cuerpo está expuesto al dolor y la tensión; su yo, a la ansiedad, y como miembro de una sociedad, es susceptible al pánico que emana de su grupo.

Llegamos aquí a nuestros primeros postulados clínicos. Parece inmediatamente evidente que no hay ansiedad sin tensión somática; pero también debemos aprender que no hay ansiedad individual que no refleje una preocupación latente común al grupo inmediato y al más amplio. Un individuo se siente aislado y excluido de las fuentes de fortaleza colectiva cuando (aunque sólo en forma secreta) asume un rol que se considera particularmente malo, sea el de borracho o asesino, "maniquita" o tonto, cualquiera que sea la designación habitual de la inferioridad que se utilice en su grupo. En el caso de Sam, la muerte de la abuela sólo sirvió para confirmar lo que los niños gentiles (o más bien sus padres) habían señalado, esto es, que era un muchachito terriblemente malo. Por detrás de todo esto, desde luego, existe el hecho de que era distinto, de que era un judío; problema que ocupaba su atención no sólo y ni siquiera primariamente a causa de sus vecinos, ya que sus propios padres le señalaban permanentemente que un niño judío debe ser particularmente bueno a fin de no ser particularmente malo. Aquí sería necesario que nuestra investigación, a fin de hacer justicia a todos los hechos pertinentes, nos llevara otra vez a la historia en general; tendría que reconstruir el destino de esta familia partiendo desde esa ciudad norteamericana hasta un ghetto en una remota provincia oriental de Rusia y a todos los hechos brutales de la gran Diáspora.

Nos referimos a tres procesos, el proceso somático, el proceso yoico y el proceso social. En la historia de la ciencia, estos tres procesos han pertenecido a tres disciplinas científicas distintas —biología, psicología y ciencias sociales— cada una de las cuales estudió lo que pudo aislar, contar y diseccionar: organismos individuales, mentes individuales y conjuntos sociales. El conocimiento así obtenido se refiere a hechos y cifras, a localización y causa, y ha traído como resultado una controversia sobre la asignación de cada ítem a uno u otro proceso. Nuestro pensamiento está dominado por esta tricotomía porque sólo a través de las metodologías inventivas de estas disciplinas es posible alcanzar algún conocimiento. Por desgracia, sin embargo, este conocimiento está sujeto a las condiciones bajo las cuales se obtuvo: el organismo que sufre una disección o un examen; la mente entregada al experimento o al cuestionario; los conjuntos sociales desplegados sobre tablas estadísticas. En todos estos casos, pues, una disciplina científica distorsiona la cuestión estudiada al disolver activamente su situación de vida total a fin de poder hacer un corte aislado que sea susceptible a la aplicación de una serie de instrumentos o conceptos.

Nuestro problema clínico, y nuestro prejuicio, son distintos. Estudiamos crisis humanas individuales comprometiéndonos terapéuticamente con ellas. Al hacerlo, comprobamos que los tres procesos mencionados son tres aspectos de un mismo proceso, esto es, la vida humana, acentuando de igual manera ambos términos. La tensión somática; la ansiedad individual y el pánico grupal son, entonces, sólo distintas maneras en que la ansiedad humana se presenta a los distintos métodos de investigación. La formación clínica debería incluir los tres métodos, ideal que los trabajos incluidos en este libro persiguen tentativamente. Cuando examinamos cada ítem pertinente en un caso dado, no podemos eludir la convicción de que el significado de un ítem que puede ser "localizado" en uno de los tres procesos está codeterminado por su significado en los otros dos. Un ítem en uno de los procesos gana en importancia al dar y recibir significación de ítems en los otros procesos. Confiamos en que gradualmente podremos encontrar palabras más adecuadas para tal *relatividad en la existencia humana*.

Así, de la catástrofe descrita en nuestro primer ejemplo, no conocemos ninguna "causa". En cambio, encontramos en los tres procesos una convergencia de intolerancias específicas que vuelven la catástrofe retrospectivamente inteligible y probable. La plausibilidad así obtenida no nos permite retroceder y anular las causas. Sólo nos hace comprender un continuo, en el que la catástrofe señaló un acontecimiento decisivo, acontecimiento que ahora arroja

su sombra sobre los mismos ítems que parecen haberla causado. La catástrofe se ha producido, y ahora debemos introducirnos como agente curativo en la situación postcatastrófica. Nunca sabremos cómo fue su vida antes de verse así afectada, y de hecho nunca sabremos cómo fue su vida antes de que nosotros interviéramos en ella. Estas son las condiciones bajo las que realizamos la investigación terapéutica.

A fin de encontrar términos de comparación y de confirmación, pasaremos ahora a otra crisis, esta vez en un adulto. El síntoma evidente es, también aquí, somático y consiste en una severa cefalea crónica, que debe su comienzo a una de las exigencias de la vida social adulta, el combate en la guerra.

2. UNA CRISIS DE COMBATE EN UN INFANTE DE MARINA

Un joven maestro de poco más de treinta años fue dado de baja de las fuerzas armadas en calidad de "baja psiconeurótica". Sus síntomas, fundamentalmente dolores de cabeza invalidantes, persistieron en su primera tarea civil. En una clínica para veteranos se le preguntó cómo había comenzado todo. He aquí su respuesta:

Un grupo de infantes de marina, que acababan de desembarcar, se encontraban sumidos en la profunda oscuridad de una playa del Pacífico, muy cerca del fuego enemigo. Habían sido alguna vez, y seguían actuando como si lo fueran, un grupo de hombres duros y turbulentos, seguros de poder "aguantar cualquier cosa". Siempre habían sentido que podían confiar en que los oficiales los relevaban después del asalto inicial y que la vulgar infantería se ocuparía de mantener las posiciones conquistadas. En cierto sentido, siempre habían considerado que la mera defensa iba contra el espíritu esencial de su cuerpo. Con todo, eso había ocurrido en esta guerra, y por ello habían estado expuestos no sólo a un maldito fuego furtivo que parecía surgir de la nada, sino también a una extraña mezcla de asco, rabia y temor que sentían en el estómago.

Y allí estaban otra vez. El fuego "de apoyo" de la marina no les había servido de gran ayuda. Parecía que otra vez las cosas habían salido mal. ¿Y si fuera cierto que los oficiales los consideraban carne de cañón?

Entre esos hombres estaba nuestro paciente. Lo último que se le hubiera ocurrido en ese momento es que él mismo pudiera

llegar alguna vez a ser un paciente. En realidad, pertenecía al cuerpo de sanidad. Desarmado, según la costumbre, parecía insensible a la ola lentamente creciente de rabia y pánico que dominaba a los hombres; era como si no pudiera alcanzarlo. De alguna manera, se sentía en su lugar como enfermero. Las quejas de los demás le parecían infantiles. Siempre le había gustado trabajar con niños y siempre se lo había considerado particularmente eficaz con los chicos difíciles. Pero él mismo estaba lejos de serlo. En realidad, al comienzo de la guerra había elegido el cuerpo de sanidad porque no podía soportar la idea de empuñar un arma. No sentía odio hacia nadie. (Al reiterar ahora este elevado sentimiento, se hizo evidente que todo eso era demasiado bueno como para ser cierto, sobre todo en el caso de la Infantería de Marina, pues no bebía ni fumaba ni maldecía jamás.) En aquel momento lo hacía sentir bien la posibilidad de mostrar que podía soportar eso y mucho más, que podía ayudar a esos muchachos a soportar la situación y serles útil cuando su misión agresiva había concluido. Se mantuvo cerca del oficial médico, un hombre parecido a él a quien podía respetar y admirar.

Nuestro enfermero nunca pudo recordar del todo qué ocurrió durante el resto de la noche. Sólo tenía recuerdos aislados, más oníricos que reales. Afirma que se ordenó a los hombres del cuerpo de sanidad que descargarán municiones en lugar de levantar un hospital; que el oficial médico, no se sabe bien por qué, se volvió muy agresivo e insultante y que en algún momento durante la noche alguien le puso una ametralladora entre las manos. Aquí terminan sus recuerdos.

A la mañana siguiente, el paciente (pues ahora lo era) se encontró en el hospital finalmente improvisado. De la noche a la mañana había desarrollado una severa fiebre intestinal. Pasó el día bajo la acción de sedantes; al caer la noche el enemigo atacó desde el aire. Todos los hombres que estaban en condiciones de hacerlo buscaron refugio o ayudaron a los enfermos a encontrarlo. Él estaba inmobilizado, y, peor aún, imposibilitado para ayudar. Por primera vez sintió miedo; como tantos hombres valerosos en el momento en que se encuentran yaciendo de espaldas, sin posibilidad de realizar actividad alguna.

Al día siguiente lo evacuaron. Cuando no se encontraba bajo el fuego enemigo se sentía más tranquilo, o por lo menos así lo creía, hasta que sirvieron la primera comida a bordo. El ruido metálico de los utensilios le perforó la cabeza como una salva de disparos. Era como si careciera de toda defensa contra esos ruidos, que eran tan intolerables que tuvo que atararse y meterse debajo de una frazada mientras los otros comían.