

El síntoma como medio de comunicación en el niño

*Dra. M. Irisarri de Mazzuchi, Dra. C. Martínez de Bagattini.
Dra. E. Bertran, Dra. S. Henderson*

* Reader of this strange language
We shall come at last to a country
Where light equal, like shine from snow, strikes all faces.
Stephen Spender

Síntoma y sintomático, son palabras que tienen una doble acepción, tanto en el lenguaje común como en su raíz etimológica. Síntoma se define en el diccionario por un lado, en su uso figurativo, como señal: "Indicio de una cosa que está sucediendo o está por suceder", y por otro, en su acepción médica como "Fenómeno revelador de una enfermedad". A la vez su origen tiene esta doble raíz, ya que proviene de la palabra griega "Synpipto" que significa "caer conjuntamente" "coincidir", mientras que sintomático proviene de "Ptoma" que significa desecho, ruina, cadáver. La palabra entonces, encierra en sus orígenes esta idea de señal o indicio que comunica un proceso en marcha o en ciernes, y también esta idea de enfermedad.

Si nos hemos extendido en estas consideraciones, es porque el tema que desarrollamos hoy tiene como sujeto el niño, ese ser en desarrollo, cuyos síntomas son muchas veces señal de crisis normativas del desarrollo y no únicamente señal de enfermedad.

Al considerar la historia de los síntomas, vemos que cada época les concedía un valor y un significado especial, según la visión del mundo imperante en ese momento. Si en la Edad Media, el mundo se concebía a la medida de Dios, los síntomas se veían como parte de esa arquitectura total. En el Renacimiento, coincidiendo con la disolución de la sociedad feu-

(*) Lectores de este extraño lenguaje / Llegaremos por fin a un país / Donde la luz igual, como el resplandor de la nieve, / iluminará todos los rostros. — Stephen Spender.

(*) Integrantes del Servicio de Psiquiatría Infantil del H. Pedro Visca.

dal, el síntoma psicótico fue interpretado como posesión demoníaca y, bajo la égida de la Inquisición, numerosos enfermos mentales quemados en las hogueras.

Es digno de notar que el auge de la caza de brujas tenía un sesgo muy particular, ya que se dirigía en gran parte contra la mujer, como expresión de la actitud misógina propia de la época. Veremos que esta tendencia a depositar en la mujer la impuro y lo demoníaco, tiene su corolario en la tendencia a hacer lo mismo con el niño.

A comienzos del siglo 17, se plasmaron los orígenes de la actitud científica, al ser formulados los criterios de la metodología, por hombres como Galileo y Bacon. La revolución Copernicana, refutando la teoría geocéntrica del universo, llevó a una visión más crítica y objetiva del mundo natural y de la naturaleza humana. Esto llevó, por un lado, a una descripción más exacta de los síntomas, y por otro a la ubicación de las causas de los síntomas, no ya en fenómenos sobrenaturales, sino en la naturaleza física y psíquica del ser humano.

En el siglo 18, el llamado siglo de las luces, el acento estaba puesto en la razón, con una tendencia a dejar de lado lo irracional y lo emocional. Así se puso de manifiesto una actitud contradictoria hacia la enfermedad mental; si por un lado se promovía el estudio racional de los síntomas, por otro la sinrazón, considerada absurda e irracional, quedaba relegada y denigrada.

El siglo 19 profundizó la descripción y clasificación de los síntomas mentales y el delineamiento de las categorías nosográficas. Contemporáneos de Freud, como Kraepelin, con sus cuidadosas descripciones, prepararon el terreno para la investigación de la génesis y el sentido de los síntomas.

Somos concientes de que esta breve revisión histórica del concepto de síntoma y de las actitudes hacia la enfermedad mental, se ha centrado en el adulto. Es recién en este siglo que el niño es objeto de interés científico, considerado digno de ser estudiado tal y como es. En los últimos años se han reconstruido parcialmente las actitudes para con el niño, a partir de estudios históricos basados en documentos del pasado: decretos, leyes, prescripciones de la iglesia, testimonios encontrados en registros y basados en la vida cotidiana de una ciudad o familia (1).

De estos testimonios se perfilan actitudes variadas hacia el niño. Actitud de rechazo si constituye una carga económica, una boca para nutrir. Citamos a Berulle, un pedagogo del siglo 17 que condena al niño porque es "dependencia e indigencia al no poder socorrerse a sí mismo, ni buscar ayuda en otro, ni pedirlo a través de la palabra. "En la Antigüedad, este rechazo se expresaba en el infanticidio, muy expandido y aún frecuente hasta el siglo 18. A partir de la época cristiana, al considerar al niño como portador de un alma, la Iglesia prohibió el infanticidio y el rechazo se expresó a través del aban-

dono del niño, muchas veces en condiciones que entrañaban su muerte segura.

En estos documentos históricos aparece también la tendencia a convertir al niño en depositario de lo impuro y pecaminoso, como atestiguan las siguientes palabras de San Agustín: "Si se le deja (al niño) hacer lo que le plazca, no hay crimen en que no se le vea precipitarse". Esta misma tendencia se ve en las opiniones de los pedagogos, que veían en el niño una naturaleza pecaminosa portadora de malos instintos.

El niño adquiriría valor si era garantía de la perpetuación, como atestigua la historia de Enrique VIII de Inglaterra, cuya reina tenía valor en función de poder dar a luz un niño varón en buena salud, heredero al trono.

Curiosamente aparecen pocos documentos que reflejan el cariño hacia el niño por sí mismo, como si este lazo fuese oscuro y silencioso y se diera por sentado. En cambio, hay documentos del vivo dolor que produce en los padres la ruptura de este vínculo, por muerte o separación del niño.

Todos estos documentos reflejan al niño variados aspectos: garantía de perpetuidad, portador de sueños irrealizables, depósito de lo impuro, rechazado y abandonado a causa de la indigencia e impotencia paterna de cuidar de él.

Si esto refleja las actitudes hacia el niño en general, qué decir del niño sintomático? De hecho, a través de la historia, el niño sintomático lo era en dos situaciones extremas: la situación de abandono y la situación de malformación, esa gran bolsa de retazos, dominada en el siglo 19 por la noción de degeneración, que englobaba cuadros clínicos muy diversos. El trabajo de educadores como Seguin e Itard permitió individualizar estos cuadros clínicos dispares. Si bien la observación y la descripción de síntomas se llevaba a cabo con objetividad, las teorías sobre el origen y el sentido de estos síntomas, se limitaban a dos palabras: Herencia, Degeneración. La niñez cobró interés científico a partir de los trabajos de Freud, quien ubicaba en esta época el punto de partida de síntomas neuróticos acaecidos más tardíamente.

Freud en los años 1885-1900 desarrolló sus primeros aportes al estudio de los síntomas neuróticos. Su interés tomó el camino de la investigación de la génesis y del sentido de los síntomas neuróticos. Esto fue debido en parte a su genial curiosidad, y en parte a hechos fortuitos, como el fracaso de los métodos terapéuticos en boga en ese momento. Esto obligó a un ajuste del método terapéutico, lo cual permitió el gradual desciframiento del enigma de los síntomas.

Ya en sus primeros trabajos (2) describe a los síntomas como "residuos" o "precipitados" (usando sus propias palabras) ya que aparecen en lugar de acciones que no se llevaron a cabo o, como diría más tarde, en lugar de contenidos que permanecen inconcientes. A este proceso le dió el nombre de FORMACION SUSTITUTIVA reconociendo que la sustitución

no era privativa de los síntomas, sino que se daba también con otras formaciones equivalente, como los chistes o los actos fallidos, también sustitutivos de contenidos inconcientes. Como señalan Laplanche y Pontalis (3) esta sustitución se da en un doble sentido: por una parte, en un registro puramente ECONOMICO, como sustituto de una satisfacción, llevando a una descarga de tensiones, de acuerdo a la teoría de la libido. Por otro lado la sustitución se da en un sentido SIMBOLICO ya que hay conexiones asociativas entre el síntoma y lo que éste sustituye siguiendo las leyes de condensación y desplazamiento propios del inconciente.

Nos parece de interés detenernos para señalar estos dos sentidos de la sustitución, ya que en el niño pequeño donde la función simbólica (4) recién se está constituyendo, los síntomas tienen muchas veces este valor de descarga.

A partir de su análisis de los síntomas obsesivos, Freud postuló que éstos se apoyaban en una doble vertiente. Si por un lado representaban una satisfacción sustitutiva, por el otro representaban el castigo o la defensa contra esa satisfacción.

Freud llegó a la conclusión de que todo síntoma tenía ese carácter de TRANSACCION donde se contemplaba en una misma formación el deseo inconciente y las exigencias defensivas y la llamó FORMACION DE COMPROMISO. El carácter difásico de algunos actos obsesivos, donde una acción anula la otra, parecen ejemplificar al máximo esta transacción, como en el caso del hombre de las ratas, compelido a retirar una piedra del camino donde pasaría el carruaje de su amada, y luego compelido a volver a ponerla en el mismo lugar, como expresión de su conflicto de amor y odio. Citando a Freud diríamos que los síntomas son el resultado de un CONFLICTO. "Las dos fuerzas separadas se encuentran de nuevo en el síntoma y se reconcilian, por así decirlo, mediante el compromiso que representa la formación de síntomas. Esto explica la resistencia del síntoma: éste es mantenido desde ambos lados" (5).

El descubrimiento de la génesis de los síntomas fue virtud del método terapéutico, que a través de la libre asociación y la interpretación desandaba el camino a lo largo de las cadenas asociativas hasta poner en claro, (y en palabras, diríamos) las circunstancias rodeando la aparición de los síntomas y los deseos y las prohibiciones que los sustentaban. Freud demostró que el síntoma era posible de una explicación histórica, ya que se encontraba arraigado en la experiencia vital del sujeto, y tenía un sentido particular para cada sujeto. Sin embargo, Freud hace notar que hay otro orden de síntomas, los "típicos" (6) de cada entidad, que se repetían en forma monótona en todos los sujetos, y cuyo sentido histórico, particular a cada sujeto, era difícil de desentrañar. ¿Cómo se explica esta monotonía, este repertorio restringido de cual dispone el ser humano para expresarse? Freud mantiene su explicación gené-

tica, refiriéndola a la filogénesis: los síntomas típicos estarían arraigados en vivencias comunes a la especie humana. Hoy en día, autores como Bowlby (7) adjudican a estas tempranas experiencias de la especie humana, determinadas expresiones del miedo y la angustia del niño pequeño, que serían "residuos" de mecanismos innatos con un valor de sobrevivencia.

Freud mismo fue siempre un agudo observador del comportamiento infantil, sobre todo en lo que atañía a la angustia y las situaciones que la despertaban y si bien no tuvo acceso al trabajo directo con niños, pudo analizar una fobia infantil, a través del padre del niño, quien era adepto suyo.

Un hecho a señalar es que la teoría freudiana recalcó el aspecto intrapsíquico del síntoma, como revelador de un conflicto propio del sujeto. Sin embargo, al considerar el desarrollo del aparato psíquico, Freud señala el papel de las figuras parentales en la formación del Super Yo, e incluso sugiere la dimensión intersubjetiva cuando acota:

"El Super Yo del niño no se forma a imagen de los padres, sino a imagen del Super Yo de éstos, se llena del mismo contenido, se convierte en representante de la tradición, de todos los juicios de valor, que de este modo perduran a través de las generaciones" (8).

Desarrollos posteriores han llevado a profundizar el aspecto intersubjetivo de los síntomas. Si bien es un término utilizado por Lacan, lo usamos en un sentido literal, de relación o acción mutua o recíproca, no ya únicamente de entidades intrapsíquicas, sino entre sujetos distintos. Obviamente, esto ya marca otra dimensión en el síntoma, que aparece como revelando o comunicando algo acaecido o ocurriendo en la red social en la cual se ve envuelto el individuo.

Resulta difícil historiar con veracidad los acontecimientos que llevan a esta insistencia sobre el aspecto interaccional del síntoma, pero sin duda convergen datos empíricos y conceptualizaciones teóricas a partir de muchas disciplinas distintas. Mencionaremos la observación directa del compartamiento infantil, que ha servido de base empírica para la ciencia del desarrollo del niño, como también la observación de la temprana interacción materno-infantil, base de lo que se ha dado en llamar la "psiquiatría del lactante". Mencionaremos asimismo la aplicación del método terapéutico psicoanalítico a situaciones no contempladas en la teoría clásica: la situación del niño, y la del psicótico. Ambos llevaron a una apertura el medio social del individuo: a los padres, a la familia, y en algunas escuelas, a modificaciones en el método terapéutico para incluirlos.

En el plano teórico, mencionamos el aporte del estructuralismo, particularmente la lingüística estructural, cuyos conceptos fueron tomados por Lacan para forjar una nueva explicación del inconciente. Para este autor, el síntoma sería una metáfora, (donde el cuerpo o la función tomadas como elemento

significante) que aparece en el lugar del significante reprimido, cuyo significado se hace así inaccesible a la conciencia del sujeto. Al igual que en la teoría freudiana, es el retorno de lo reprimido, ocupando el lugar de lo no verbalizado (9). El síntoma del niño, se plantea siempre en la relación de éste con la palabra de sus padres. El lenguaje preexiste a la aparición del niño. Antes de nacer, posee un lugar en el discurso de los padres, tiene asegurado un nombre, y le hablarán en la misma medida en que lo harán objeto de cuidados. La ausencia de estos cuidados, para este autor, está lejos de tener la importancia que tienen los accidentes en el discurso en el cual está inmerso el niño. Los discípulos de Lacan, en particular M. Mannoni, insisten en el carácter intersubjetivo del síntoma en el niño (10). El síntoma ocupa en el discurso familiar el vacío que crea una verdad que no se dice, y por lo tanto actúa protegiendo un secreto. Los síntomas constituirían un lenguaje a descifrar.

Nos parece importante, ya que el título de este trabajo incluye la palabra COMUNICACION, hacer una referencia al trabajo del grupo de Palo Alto, California, que bajo la dirección de Gregory Bateson (antropólogo cultural) se dedicó, al comienzo de la década del 50, al estudio de la comunicación según los tipos lógicos de Russel y Whitehead. Para su realización se utilizaron datos de varias fuentes, entre ellas la esquizofrenia, la comunicación neurótica, la psicoterapia familiar. Se prestó especial interés a las formas en que los mensajes se calificaban, o clasificaban entre sí, originando la paradoja de tipo russelliano, una de cuyas derivaciones fue el concepto del DOBLE VINCULO, que el grupo aplicó en 1956 a la etiología de la esquizofrenia (11). Nos parece importante señalar que estos autores estudian una comunicación (o interacción) desintegradora, y no se refieren específicamente al síntoma como sustitución simbólica, en el sentido freudiano, o lacaniano como vimos antes. Cabría señalar, además, que los conceptos sobre comunicación en sistemas familiares y en psicoterapia familiar han tenido una enorme difusión posterior en los países sajones.

En el plano clínico, volvemos a la doble acepción que señalamos antes: el síntoma por un lado señal de algo que está ocurriendo, y por otro como señal de enfermedad. Quisiéramos hacer notar que en el niño el síntoma se perfila frecuentemente como señal de crisis normativa. Cuando éste se ve desbordado por los conflictos propios de cada edad evolutiva el síntoma aparece como solución transitoria. Así se describen las rabietas de los dos años, las fobias transitorias posteriores, y otros fenómenos descritos por varios autores como "neurosis normal de la infancia". No quisiéramos detenernos en este aspecto del tema ya que sentimos que numerosos estudios van delineando progresivamente el abanico de los comportamien-

tos que caen dentro del desarrollo normal. Tampoco pretendemos incursionar en la espinosa tarea de definir lo que constituye salud y enfermedad. Es nuestra intención, tan solo, examinar algunos documentos de la práctica diaria, revisar la interpretación que le hemos dado a estos documentos, y plantearnos nuevos interrogantes. Podríamos, en lugar de documentos, haber dicho "historias clínicas" o "ejemplos de observación del comportamiento del niño". Hemos descubierto con sorpresa que el ejemplo clínico, elegido para ilustrar tal o cual aspecto del síntoma, sea su génesis, su función de comunicación, sus circunstancias de desaparición (léase su cura), se convierte en un documento que exaspera por lo que quedó sin decir, por los interrogantes que ya no se pueden contestar, y por las muchas interpretaciones que sugiere.

Tomemos el ejemplo de Patrik, elegido para ilustrar la génesis de los síntomas, fiel al aforismo de que "ve mejor aquél que ve los acontecimientos desde el inicio".

Este documento proviene de la observación de un niño de tres años y medio en una guardería en la década del 40.

"Cuando su madre lo dejó, le dijo que se portase bien. De otra manera, no lo vendría a visitar. (El primer día) Patrick mantuvo su promesa y no lloró. Sin embargo, cada vez que alguien lo miraba asentía con la cabeza, y se aseguraba a sí mismo (y a quien quisiera oír) que su madre lo vendría a buscar, que le pondría el sobretodo, que lo llevaría a casa. Si su interlocutor parecía creerle, se mostraba satisfecho, pero si le contradecía, lloraba violentamente.

Esta misma situación se mantuvo durante los próximos dos o tres días, con varios agregados. El asentamiento con la cabeza adquirió un carácter compulsivo y automático. "Mi madre me va a poner el sobretodo, y me va a llevar a casa".

Posteriormente, la lista de ropa que su madre le iba a poner se hacía cada vez más larga. "Me va a poner el sobretodo, las polainas, me va a cerrar el cierre, me va a poner el gorro".

Cuando las repeticiones de esta fórmula se hicieron monótonas e interminables, alguien le pidió que dejase de repetirlo una y otra vez. Una vez más Patrick intentó ser el niño que se porta bien, como su madre quería. Dejó de repetir en voz alta la fórmula, pero el movimiento de sus labios mostraba que se lo repetía a sí mismo una y otra vez.

A la vez, sustituyó las palabras por gestos, mostrando la posición del gorro, el ponerse un sobretodo imaginario, el cerrar el cierre, etc. Lo que se manifestaba como un gesto expresivo un día, se reducía al mero girar de los dedos al día siguiente.

Mientras los otros niños se ocupaban de los juguetes, hacían música y juegos colectivos, Patrick, totalmente desinteresado, se ubicaba en algún rincón, moviendo las manos y los labios, con un aspecto absolutamente trágico.

Esta observación es citada por Bowlby como un ejemplo del duelo en la infancia, tomado del libro de Anna Freud et al. "Niños en la guerra" (12).

Nuestra intención fue mostrar este telescopaje, esta transformación de un padecer conmovedor, en un ritual incomprensible. Pero se plantean interrogantes ¿Cuándo el síntoma deja de ser comunicación, y comienza a ser enajenación? ¿Quién de nosotros, observadores casuales, no hubiera categorizado? Estereotipias, rituales, psicosis en último término, u otra categoría, según la inclinación de cada cual. Sin su historia Patrick comunica enfermedad y su padecer se vuelve indecifrabable. A este respecto, el ejemplo de Pancho, elegido para ilustrar las circunstancias de la desaparición de un síntoma, muestra una situación mucho más favorable.

Este niño, de seis años de edad, era el primer varón seguido de tres mujeres en una familia bien constituida, donde la madre se presentaba como una mujer excepcionalmente intuitiva. Pancho a su vez era un niño inteligente, un niño que jugaba al ajedrez a los cuatro años de edad. En el momento de la consulta estaba cursando primer año de escuela, ya dominaba los números y el cálculo elemental. Al nacer el quinto hijo, el segundo varón, Pancho empezó con dificultades en el cálculo: eliminaba todo lo que tuviera que ver con el número cinco. A los diez días, la madre consultó y se discutió con ella el sentido del síntoma, pensando que el cinco podría representar el hermano varón y la dificultad, el deseo inconciente de hacer desaparecer a este rival. Se alentó a la madre a señalarle esto, en el momento y de la manera que le pareciera oportuno. Cuando el chico le pidió ayuda con los deberes, la madre le hizo este señalamiento, en dos o tres oportunidades, sin ninguna respuesta por parte de él. Más tarde cuando el chico estaba jugando solo frente a la estufa, tuvo un momento de abstracción, y luego, frente a los ojos atónitos de la abuela, se puso a saltar y gritar con el júbilo de quien descubre algo: "Andrés (el hermano recién nacido) es el cinco, Andrés es el cinco".

Hecha esta conexión, la dificultad con el cálculo desapareció.

El tercer ejemplo, de una niña que llamaremos Gloria, está elegido para ilustrar las interrogantes que se plantean cuando aparece muy claramente la dimensión intersubjeiva como factor que alimenta los conflictos.

Gloria tiene nueve años, es una niña extremadamente delgada, poco expresiva tanto verbal como corporalmente y muy tímida. La madre la trae para iniciar una psicoterapia. El síntoma: no oye, el diagnóstico: sordera psicógena. Es producto de un tercer embarazo no deseado, luego del fallecimiento al año de edad, de un hermano portador de una encefalopatía crónica, con ceguera y retardo mental. La madre "no se dió cuenta" de esta encefalopatía hasta los seis meses de edad del ni-

ño. Durante todo el embarazo de Gloria, tuvo miedo que naciera igual que el hermano, y actualmente a pesar de que se le dijo en repetidas oportunidades que su hija era intelectualmente normal, insiste que Gloria no entiende nada, "ni lo más simple".

El padre cuando concurre a entrevistas posteriores, se muestra colaborador y comprensivo, pero da la impresión de que cuenta poco. La madre se expresa de él diciendo veladamente que "es muy simple".

Gloria nació el 2 de noviembre, el día de los muertos. Su cumpleaños incluye forzosamente un paseo al cementerio a visitar a su hermano muerto. Se inicia un tratamiento psicoterápico, y en el correr de dos años, deja el juego como forma de comunicación y empieza a hablar. Al comienzo en los dibujos se mostraba como una casa cerrada y vacía, puertas y ventanas con rejas obsesivamente confeccionadas. Ventanas oídos donde no entraba nada-nadie, boca-puerta de la cual tampoco salía voz (dificultad para hablar) ni entraba alimento (anorexia). Después pudo decir: "Yo era así, una casa toda cerrada".

¿Porqué el síntoma de sordera en Gloria? Esto se fue viendo a lo largo de su tratamiento cuando logró verbalizar. "La voz de la gente era como sonidos de animales, eran leones que rugían, monos que chillaban. Yo los oía pero no los entendía". Esto fue el comienzo de un proceso de mejoría donde se llegó a unir el síntoma, no oír, con la voz humana, con sonidos persecutorios que nos llevaron a la voz de la madre en las primeras etapas de su vida. A partir de ahí pudo empezar a elaborar las fantasías de ser como su hermano muerto, y de ocupar el lugar de este hermano, que se le presentaba como un mono pequeño que chillaba pidiendo comida.

Un síntoma que aparecía pues como histérico nos fué mostrando a lo largo del tratamiento todo su valor significativo, como el extremo de una larga cadena que nos comunicaba mucho en su "no querer comunicarse". Si bien el síntoma en este caso expresa también una defensa, el proceso de los síntomas en sí está más allá de ella misma, en esa dimensión intersubjetiva, de interacción entre ella y su madre, y en la dificultad de ésta en aceptar haber engendrado un hijo enfermo que murió. Gloria, prisionera en el deseo inconciente de su madre, ocupaba así el lugar del hermano muerto, no pudiendo acceder a su propio deseo.

Este ejemplo nos recuerda un hecho ya hartamente señalado: la indefensión de la criatura humana se da no sólo en el plano biológico, sino en el psicológico también.

El niño es blanco propicio para las proyecciones de sus padres, pero a la vez las proyecciones de sus padres son condición necesaria de su personalización. ¿Dónde, cómo, cuándo se tergiversa este proceso para convertirse en instrumento que coarta el desarrollo normal? En el caso de Patrick, ¿qué esce-

nas nos faltan en su historia, para explicar su reacción tan castrófica a la separación?

Vemos así que la consideración de los síntomas nos lleva mucho más allá del conflicto en sí. Nos lleva a la necesidad de entender mejor la infinita riqueza del proceso del desarrollo normal. Nos lleva a la necesidad de un conocimiento más profundo de la estructura y el funcionamiento del psiquismo en cada edad evolutiva, y de la psicopatología de cada edad evolutiva.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURRIGUERRA, J. "El niño en la Historia. Problemas psicológicos". Cursos dictados en el Congreso Latino Americano de Psiquiatría infantil - Belho Horizonte, 22-27 de Julio 1977.
2. FREUD, S. Las psiconeurosis de defensa. Standard Edition Vol. III Hogarth Press, London 1973.
3. LAPLANCHE, J. Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis Editorial Labor, Barcelona 1971.
4. PIAGET, J., Inhelder, B. The psychology of the Child. Routledge & Kegan Paul, London 1971.
5. FREUD, S. Introductory Lectures en Psycho-analysis (1916-1917) Standard Edition Vol XVI, Hogarth Press, London 1973.
7. BOWLBY, J. Separation: Anxiety and Anger, Hogarth Press and Institute of Psycho-analysis, London 1973.
8. FREUD, S. New Introductory Lectures en Psycho-analysis 1932 Standard Edition Vol XXIII Hogarth Press, London 1973.
9. LACAN, J. Lectura estructuralista de Freud. Siglo XXI Mejico 1975.
10. MANNONI, M. El niño, su enfermedad y los otros. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.
11. BATESON, G. Jascckson, D.D., Haley, J., Weaqland, J.H.: Toward a theory of schizophrenia. Behav. Sc. 1: 251-264, 1956.
12. Bowlby, J. Grief and Mourning in infancy and early childhood. The Psycho-analytic Study of the Child Vol XV: 1960.