

ENURESIS Y ENCOPRESIS PRIMARIAS EN NIÑOS NEUROTICOS

Autores: Jimena Andrea Pal,

e-Mail: jpal@ciudad.com.ar

Palabras clave (Keywords): sosten manipulacion integraci3n personalizaci3n

Resumen

Objetivos:

- Elucidar los mecanismos psíquicos inconcientes que subyacen al surgimiento de enuresis y encopresis primarias en niños neuróticos.
- Establecer la relación entre el surgimiento de tales síntomas y la particularidad de ciertas fallas en el ambiente facilitador.
- Entender cual es el papel de la devolución de la imagen por parte de la madre como espejo y la manipulación en la determinación de la dificultad en el niño del establecimiento de la relación psique –soma.
- Comprender que intervenciones psicoanalíticas posibilitan al niño que su psique habite sus funciones corporales produciendo el relevamiento del síntoma.

Metodología:

Mediante el análisis cualitativo de un caso de enuresis en una niña de 6 años se extraerán conclusiones teóricas aplicables a otros casos de enuresis y encopresis primarias en niños neuróticos.

Resultados:

- Existe una gran distancia entre la imagen que tiene la madre del niño y la que le propone como ideal.
- En un momento de su existencia el niño se percata de que su imagen no corresponde al ideal materno, produciéndose efectos en su desarrollo.
- La madre no reconoce otros logros alcanzados por el hijo, lo cual produce que él no pueda concientizarse de sus capacidades cognitivas y corporales.
- La dificultad materna de alojar al hijo aceptando sus dificultades produce particularidades en la manipulación que determinan problemáticas en la integración de la imagen corporal.
- El enojo materno por ser alejada la imagen del niño de su ideal, así como también su sentimiento inconciente de culpabilidad es desplazado, acusando al niño, a las instituciones que lo alojan y a los profesionales que lo atienden de que se produzca una detención en el desarrollo del hijo.
- El sustraerse de la mirada materna le posibilita al niño la construcción de una imagen corporal que le permita hacer uso de sus capacidades y sobreponerse incluso a las limitaciones determinadas por enfermedades orgánicas y una mayor integración de su self.
- La intervención analítica le ofrece al niño un marco de regresión a la dependencia, a partir de la cual pueda continuar su desarrollo.
- El analista le devuelve al niño una imagen alcanzable, posibilitando de esta forma la apropiación por parte de la psique de las funciones corporales. Trabaja con la madre la distancia entre su ideal y lo que el niño es con el objetivo de modificar la demanda materna.

Conclusiones:

En el origen de las enuresis y encopresis en niños neuróticos se encuentran fallas en las funciones maternas de sostén y manipulación que provocan en el niño la integración y la personalización. La intervención analítica apunta a la modificación de la demanda materna y a la apropiación por parte del niño de una imagen corporal habitable.

Trabajo Completo

Objetivos:

- Elucidar los mecanismos psíquicos inconcientes que subyacen al surgimiento de enuresis y encopresis primarias en niños neuróticos.
- Establecer la relación entre el surgimiento de tales síntomas y la particularidad de fallas en el ambiente facilitador.
- Entender cual es el papel de la devolución de la imagen por parte de la madre como espejo, y de las fallas en las funciones de sostén y manipulación en la determinación de dificultades en la integración del ego del niño y en el establecimiento de la relación psique –soma.
- Comprender que intervenciones psicoanalíticas posibilitan al niño que su psique habite sus funciones corporales produciendo el relevamiento del síntoma.

Metodología:

Mediante el análisis cualitativo de un caso de enuresis en una niña de 6 años se extraerán conclusiones teóricas aplicables a otros casos de enuresis y encopresis primarias en niños neuróticos.

Caso clínico:

Camila nació en diciembre del 2000. Vive con ambos padres de aproximadamente 30 años y sus hnos de Brian y Jazmín de 9 y 3 años respectivamente. Sus abuelos paternos viven en la casa de adelante.

El tratamiento comienza en febrero del 2006. En un primer momento la demanda del tratamiento se relacionaba con la expectativa de que la niña superase un inconveniente de enuresis primaria diurna.

Le descubren atrofia espinal a los 2 años. La enfermedad es de origen genético. Su hermano no tiene tal enfermedad. Si la tiene su hermana a quien le detectaron la enfermedad tempranamente tras realizarle un análisis genético, una vez que le descubrieron tal enfermedad a Camila.

Al momento de consultar la niña además de comenzar el tratamiento psicológico, realizaba tratamiento psicopedagógico, kinesiológico y fonoaudiológico.

Con el correr del tratamiento una vez remitido el síntoma de enuresis primaria la madre comenzó a demandar fuertemente que la niña se movilizase sola.

Camila se negaba a usar el andador, dependiendo para trasladarse de un adulto. Su madre le insistía férreamente que caminase sola con ayuda del andador.

La inconformidad de la madre era inmovible. Le manifestaba a los demás profesionales que trataban a la niña que los múltiples tratamientos que realizaba tenían resultados nulos y que no veía ningún avance en ella.

Sus demandas con respecto a las instituciones en donde esta incluida la niña son múltiples y variadas. Por ejemplo piensa en ir a la Plata a sumariar a los directivos de la escuela donde concurre Camila porque no tiene maestra integradora, cuando la niña no la necesita ya que no tiene en la actualidad inconvenientes a nivel intelectual. A la obra social demandaba continuamente diferentes tipos de andadores y balbas que la niña no pudo utilizar al no caminar.

Tanto la psicopedagoga que trataba a la niña como yo veíamos que avanzaba con rapidez su deterioro motriz. Los temblores en las manos eran mas intensos y le costaba mantener la postura, inclinándose su tronco mientras estaba sentada. Estos inconvenientes eran negados por la mamá quien seguía insistiendo a la niña en que camine.

En una entrevista avanzado el tratamiento la cito para intervenir con respecto a su demanda y me dice que no ve ningún avance en la niña. Le comento que ha remitido su enuresis y ha superado inhibiciones intelectuales. Niega que la niña haya tenido enuresis primaria, dice que no recuerda haber insistido con respecto a que para ella era importante que remitiese ese síntoma. Le pregunto por que piensa que Jazmín puede caminar y Camila no, dice que es una cuestión de personalidad. Niega la posibilidad de que incida el hecho de que su tercer hija realizo tratamiento neurológico desde su nacimiento mientras que Camila lo comienza casi a los tres años. Niega la posibilidad de un deterioro orgánico. Comenta que al momento la niña realiza además del tratamiento psicológico tratamiento kinesiologico, psicopedagógico y fonoaudiologico. Ella contrató además a un kinesiólogo particular para que la atendiese. Habla de la ineptitud de los profesionales que la tratan ya que no logra caminar.

Tanto la psicopedagoga como yo realizamos derivación a neurología para que realice un diagnostico diferencial y determine si los inconvenientes motores de la niña tenían que ver con la enfermedad orgánica que padece y la cantidad de sesiones de kinesiologia que debería realizar.

La contratransferencia sentida por mi me permite encauzar el tratamiento. Cito a la madre a la semana siguiente por segunda vez consecutiva. Le comento que entiendo que para ella es importante que Camila camine pero que esta ignorando todo logro de la niña. Le digo que para los profesionales que tratamos a la niña no es imprescindible que reconozca nuestra labor pero que para la niña debe ser duro que ella no reconozca lo que logra, por ejemplo la adquisición de la lectoescritura o el control de esfínteres. Le pregunto a la madre por que es tan importante para ella que su hija logre caminar. Se angustia, dice que para ella tiene que ver con las posibilidades de ser independiente. Le comento que hay mucha gente que camina y esta lejos de ser independiente y que la posibilidad de realizar actividades independientemente de la voluntad de otra persona tiene que ver mas con una cuestión psíquica que motora.

A la sesión siguiente la madre trae a la niña en silla de ruedas, signo de que ha cedido un poco en su demanda. Hasta el momento se había negado a utilizarla porque decía que era aceptar que Camila no caminase mas.

En la actualidad la niña realiza tratamiento kinesiológico con dos profesionales, fonoaudiológico, realiza terapia ocupacional para estimular la motricidad fina y va a natación con sus hermanos. Si bien estas dos actividades tienen como objeto la rehabilitación tienen un carácter lúdico.

Luego que la madre cediese un poco en su demanda la niña comienza a utilizar el andador en la escuela para movilizarse sin ayuda externa. Quiere irse sola de vacaciones de invierno con su abuela materna que vive en la pampa.

Con respecto a las entrevistas con la niña, en las primeras sesiones juega con animales. Se preocupa cuando los animales no se pueden parar. Apoya los animales para que se paren en otros animales, que son los papas.

Muestra inhibiciones para realizar tareas que impliquen el uso de la motricidad fina y la planificación, como la construcción con ladrillos y la realización de dibujos. No quiere realizar dichas actividades porque dice que las hace mal y que no le sale, me pide que las haga por ella. Voy pactando de hacer una actividad yo y una ella, como por ejemplo, yo dibujaría un animal y ella otro. Hablaba con ella de que para que a uno le salgan las cosas a veces tiene que practicar y por otro lado intentarlo, que si no intentaba no iba a saber si le salía o no, que uno no nace sabiendo y que quizá no le salgan perfectas, pero eso no tienen porque obstaculizar el intento. Le decía también que quizá no quería intentar realizar las

actividades por miedo a que no le salgan. De esta forma la niña empezó a animarse a dibujar y a utilizar su incipiente lectoescritura.

Unos meses después de comenzar el tratamiento aproximadamente por tres meses en todas las sesiones comienza a manifestar resistencia. Lloraba desgarradamente y se golpeaba en sesión. La contenía físicamente. Se calmaba cuando yo producía melodías mediante golpes rítmicos. Dejaba de llorar o seguía llorando pero empezaba a conectarse conmigo y a ceder produciendo ella melodías mediante golpes en el escritorio mientras yacía en el piso oculta tras el mueble. Si jugaba lo hacía dándome la espalda y/o ocultándose.

Luego de unos tres meses empezó a venir contenta a sesión. realizaba dibujos en los que estaban presentes los integrantes de su familia y sus abuelos paternos. Ponía los nombres. Siempre pegaba la hoja del dibujo sobre otra hoja en blanco. Los dibujos no tienen índices de agresión, como púas, uñas o dientes, mas bien tienen formas redondeadas.

Camila se negaba a dejar sus producciones graficas , insistía en llevárselas para dárselas a la madre. Los últimos meses acepta dejarlas en sesión. Pegaba sus dibujos sobre otra hoja en blanco. Cuando le anotaba la fecha y horario del turno ponía su nombre y el de su madre. Deja de hacer ambas cosas cuando su madre accede a que use la silla de ruedas.

Intento indagar si a veces se enoja con miembros de su familia, que piensa acerca de las exigencias de su madre. No habla de ello.

Unas sesiones antes de comenzar a caminar con el andador realiza edificios y castillos con ruedas. Si se desarmen los vuelve a construir hasta que su estructura es mas firme.

Ultimamente sus dibujos han virado hacia otras temáticas. Por ejemplo dibuja animales que son amigos.

Resultados:

-Existe una gran distancia entre la imagen que tiene la madre del niño y la que le propone como ideal.

-En un momento de su existencia el niño se percata de que su imagen no corresponde al ideal materno, produciéndose efectos en su desarrollo.

-El enojo materno por ser alejada la imagen del niño de su ideal, así como también su sentimiento inconsciente de culpabilidad es desplazado, acusando al niño, a las instituciones que lo alojan y a los profesionales que lo atienden de que se produzca una detención en el desarrollo del hijo. Queda anulada la pregunta por su responsabilidad acerca de lo sucedido. El odio queda desplazado hacia la querulancia. En el presente caso la madre se negaba incluso a consultar a un

neurólogo que determinase las posibilidades reales de su hija, lo cual haría caer sus reclamos ante las múltiples imposibilidades.

- En el niño el odio queda por fuera de las verbalizaciones y es introducido en las temáticas del juego con dificultad. Su introducción posibilita el debilitamiento sintomático. En el caso de Camila solo fue reactualizado en la transferencia.

-La dificultad materna de alojar al hijo aceptando sus características particulares determina fallas en la función de sostén ante la angustia inconcebible, produciéndose dificultades en la integración del yo. La negación materna de logros alcanzados por el niño determina que él no pueda concientizarse de sus capacidades cognitivas.

- Las fallas en la manipulación determinan problemáticas en la integración de la imagen corporal. En el caso de Camila, cuando la madre puede soltarla y permitirle utilizar la silla de ruedas la psique puede habitar el soma. Se revierte su deterioro corporal y comienza a caminar sola con ayuda del andador. De ser sostenida corporalmente por la madre pasa a moverse con la ayuda de un objeto externo.

-En referencia a la manipulación, los múltiples espacios especializados donde la misma tiene lugar cosifican y aplastan subjetivamente al paciente produciendo acciones intrusivas que causan desbordes pulsionales y angustia inconcebible.

-El sustraerse de la mirada materna le posibilita al niño una mayor integración de su ego y la reconstitución de una imagen corporal. A consecuencia de ello puede hacer uso de sus capacidades intelectuales y corporales, sobreponiéndose incluso a las limitaciones determinadas por enfermedades orgánicas. En el caso presentado ello es reactualizado en transferencia, cuando la niña puede jugar creativamente fuera del campo visual de la analista.

-La intervención analítica le ofrece al niño un marco de regresión a la dependencia, a partir de la cual pueda continuar su desarrollo. La analista cumple con la función de sostén ante la emergencia de la angustia inconcebible en el tratamiento.

-La analista le devuelve al niño una imagen alcanzable, posibilitando de esta forma la apropiación por parte de la psique de las funciones corporales. Ante el pedido de "me dibujas"? quien conduce el tratamiento responde con el ofrecimiento de imágenes corporales imperfectas habitables. Con la propuesta de realizar los dibujos en forma alternada con la paciente, al igual que con los golpes rítmicos, introduce la cuestión de la presencia y ausencia del objeto, mediante la cual la madre oscila en ser lo que ella es y ser lo que demanda el niño. Mediante la presencia y ausencia de elementos y la invitación a participar en forma alternada se intenta instaurar un espacio donde prolifere la simbolización. La introducción de ritmos melódicos mediante golpes en el escritorio alude también a los medios que utilizan las madres ejerciendo la función de sostén para calmar a sus hijos cuando se angustian, como el cantar melodías y darle al niño golpecitos en la cola o en la espalda.

- El concientizarse del odio latente sentido hacia la madre por quien dirige la cura permite sobrellevar la carga emocional surgida en la labor analítica y que su

incidencia sea mucho menor en el trato. El poder relacionar la emergencia del afecto con la negación materna de los efectos terapéuticos posibilita reencauzar el tratamiento. Se trabaja con la madre la distancia entre su ideal y lo que el niño es para ella, con el objetivo de modificar la demanda materna y el desempeño de las funciones de sostén y manipulación. En el presente caso el comentarle a la madre que desconocía los logros terapéuticos y las capacidades adquiridas por la niña e introducir la pregunta acerca de la importancia de caminar permite la modificación de su demanda, que pueda alojarla afectivamente y pueda desprenderse corporalmente de su hija cambiando la forma de manipularla.

Conclusiones:

En el origen de las enuresis y encopresis en niños neuróticos se encuentra una falla ambiental consistente en la proposición de la madre al niño de una imagen inalcanzable, imposición que le dificulta al niño la integración y la personalización . El trabajo analítico tiene un doble abordaje, se realizan intervenciones con el niño y con la madre. Se trabaja con la madre la distancia entre su ideal y lo que el niño es para ella con el objetivo modificar su demanda e introducir cambios en las funciones de sostén y manipulación. El analista le devuelve al niño una imagen alcanzable, posibilitando de esta forma la apropiación por parte de la psique de las funciones corporales.

Palabras clave:

Sostén-manipulación-personalización-integración

Bibliografía:

Freud, S (1968): *Introducción al narcisismo*. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S (1968): *Recuerdo, repetición y elaboración*. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva

Winnicott, D (1991): *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (1979): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia.

Winnicott, D (2006): *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (1991): *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (2002): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (2001): *Realidad y juego*, Barcelona: Gedisa.