

Walter Holtzapfel

NIÑOS CON IMPEDIMENTO DE LA INHALACIÓN
O CON IMPEDIMENTO DE LA EXHALACIÓN

NIÑOS EPILEPTICOS

LA ORGANIZACIÓN HUMANA EN LAS
DIRECCIONES ESPACIALES

Selma Lagerlöf
EL RECURSO

Traducción: Ana María Rauk

Walter Holtzapfel

NIÑOS CON IMPEDIMENTO DE LA INHALACIÓN O CON IMPEDIMENTO DE LA EXHALACIÓN

Los niños cuyas vías respiratorias están barreadas por proliferaciones (vegetaciones adenoides) de las amígdalas, de la amígdala faríngea o de la mucosa nasal (pólipos), padecen de problemas de inhalación. Los niños respiran por la boca, el maxilar inferior se encuentra en posición pendiente. Se producen deformaciones, ahora no en el ámbito del cráneo cerebral, sino en el esqueleto de la cara, que en su conjunto se encuentra estirado a lo largo. El paladar y la nariz son estrechos, los dientes están apiñados y ladeados. Los rasgos de la cara son blandos y no-definidos, el surco nasolabial hacia la comisura de los labios no posee nitidez, los ojos están desorbitados, las orejas separadas. Sobre todo el cuerpo se expande una cierta flojedad y se expresa en una postura sin firmeza y pecho hundido. Estos niños tienen tendencia a inflamaciones de la faringe y del oído medio. El habla es nasal, borroso e impreciso. En la faringe se observa una vía mucosa, que corre por la nariz; todo fluye (a menudo también padecer de enuresis nocturna). - Se encuentran afectados la atención, la memoria y la capacidad pensativa. La expresión del rostro es apática - dicho de manera poco cariñosa, es señalada como "imbécil". Los niños no viven dentro de sí de suficiente manera, y se hallan entregados en exceso a una sorda convivencia con el mundo. Esto queda a la vista a partir de la boca abierta, los ojos desorbitados y las orejas separadas - esto está indicando, como en cierto modo quedan colgados afuera. (figura b). La tendencia de estos niños al desmayo, constituye un incremento del "estar fuera de sí" constitucional. La relación en exceso intensiva con el mundo exterior promueve, que los niños en su constitución dependen de fuerte manera

de la postura anímica del mundo circundante.

2

Cuando la madre posee una personalidad sólida, puede brindarle sostén asimismo al hijo; cuando empero es lábil, el niño queda involucrado en la inestabilidad de la madre, lo cual afecta hasta su salud. Esto queda en evidencia en el siguiente caso:

T.B., de 13 años de edad, es llevado al consultorio escolar por su maestro de grado, por el hecho de sus frecuentes faltas a las clases, por su mal aspecto y por su falta de concentración.

Hallazgo: Niño pálido, de aspecto decaído, con sombras debajo de los ojos. Una expresión del rostro, mostrando ausencia y carencia vital. Típico hábito adenoidal: nariz angosta, boca abierta, paladar elevado en punta, dientes muy juntos las amigdalas del paladar y la faringe agrandadas. Los ganglios linfáticos de la garganta hinchados, los ojos desorbitados, las orejas levemente separadas, el surco nasolabial diseminado, pecho embudo, dedos largos, delgados, pulso 120, manos y pies fríos, pies planos.

A causa del impedimento de la inhalación, ha sufrido asimismo, la transanimación y el transcalentamiento del niño.

La madre es una mujer aturdida, super-temerosa e inconservante, que de manera consecuente lo está comandando y a causa de trastornos reales o supuestos, con frecuencia lo hace faltar de las clases. Cierta noche aconteció lo siguiente:

El niño despertó, se levantó, sufrió un desmayo (tal como puede acontecer en el caso de un ponerse de pie de manera inmediata al cabo del estar dormido, y además tratándose de un niño tan lábil) Este hecho hizo suponer a la madre, que su hijo padecía de "atrofia muscular". El día anterior había leído algo acerca de esa enfermedad en una revista, donde decía que se trataba de una patología incurable, conducente a la muerte. Es imagina-

ble, la desgracia interior que se generó.

3

En un caso así es importante, pero a su vez muy difícil, obtener una influencia tranquilizadora y fortalecedora sobre la madre. En el niño, al lado de medidas médicas, pedagógicas y eurítmicas-curativas, a menudo se requiere una regulación dentaria. El paladar estrecho y la posición apretada de los dientes, hacen necesaria una regularización de los mismos. El paladar estrecho y la posición apretada de los dientes, son una consecuencia directa del impedimento de la inhalación. Los niños respiran por la boca, a causa de la estrechez de la vía respiratoria (amigdala faríngea), con aumento de atractivo. A causa de ello, la mucosa de la mejilla en ocasión de la inhalación se ubica en la parte exterior de los dientes y de las mandíbulas. Esta presión es suficiente, en repetición constante, para modificar la forma del maxilar. Podemos observar así, la influencia formadora de figura de la respiración. Con apropiados dispositivos de regulación dentaria, podemos colocar a los dientes en la posición correcta, mediante la conducción guiada de tales presiones exigidas.

De manera frecuente, aunque no siempre, los niños con falencia inspiratoria a su vez son meones. Una relación de estas dos manifestaciones, en el sentido de una causa recíproca, es rechazada por los pediatras. Podemos sin embargo observar una relación íntima en el hecho, que estos niños que con exceso viven en su medio circundante y no poseen un debido límite frente al mismo, se muestran excesivamente permeables en su organización inferior. Un ejemplo al respecto nos suministra una alumna del 4º grado:

A.C. nació al cabo de 8 meses de embarazo. En la temprana infancia, reiteradas veces padeció coniza e infecciones febriles. Tuvo paperas, sarampión, rubéola y varicela. Con dos años tuvo appendicectomía. Con cinco años se le practicó la tonsilectomía.

A los 6 1/2 años entró a la escuela niñez. En la escuela tuvo problemas por su falta de memoria, pero, de alguna manera logra estar al tanto.

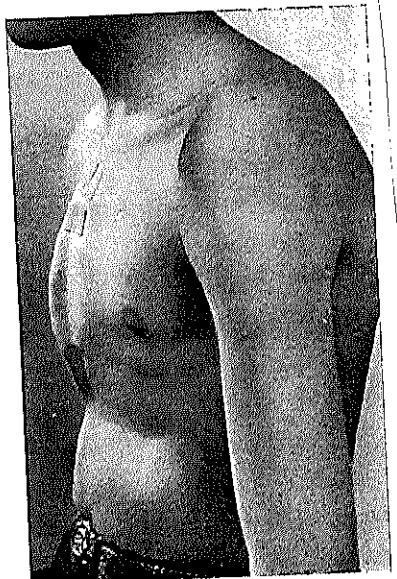
4

A los seis años, aún antes de iniciar la escolaridad, comenzó la enuresis nocturna, que sigue existiendo, a pesar de todos los esfuerzos pedagógicos y terapéuticos realizados, con frecuencia cambiante. El apetito es bueno y el sueño es profundo.

Hallazgo: Alumna de 10 años de edad, con la expresión facial característica del niño que padece impedimento respiratorio a causa proliferaciones adenoides. A pesar de la tonsillectomía, respira por la boca. Ganglio cervical linfático con fuerte aumento.



Hábito adenoide



Pecho en ocasión
de asma



Hábito asmático

A su vez, también para este tipo de niño, existe la imagen 5 polar al respecto. Son los niños con problemas de exhalación, sobre todo, los niños asmáticos. También en el caso de la exhalación saludable, los bronquios se estrechan ligeramente; en el caso del asma, ese proceso se incrementa, llegando entonces al espasmo. Al adicionarse un incremento de la mucosidad, que obstruye aún más las vías respiratorias, entonces ya no se logra exhalar al aire necesario, para la siguiente inhalación. El asmático entra en peligro de ahogo, por el EXCESO de aire en el pulmón. En ocasión de una mayor duración de la enfermedad, se arquea la caja torácica, bajo la reiterada presión del intento de exhalación, formándose allí algo similar a una segunda cabeza.

A diferencia de la flaccidez de las proliferaciones en el espacio nasal y de la faringe del niño afectado, en el niño asmático durante el ataque todo está tensado, no tan solo los músculos respiratorios en sí, sino también los músculos del cuello, del rostro y del vientre, en el desesperado esfuerzo de forzar la exhalación. Los ojos están tensados, los contornos del rostro son rígidos.

En los niños con impedimento de inhalación hemos visto, que no habitan de plena manera dentro de sí y en cambio están entregados a una sorda vivencia con el mundo. En cambio con impedimento de exhalación están como presos dentro de sí mismo y no pueden abrirse el suficiente paso para la vivencia con el mundo exterior. Han inhalado mayor cantidad de aire de la que pueden manejar, son dominados por un proceso del mundo exterior ("materia ajena"). A partir de este aspecto podemos entender entonces, que al asma se lo cuenta con las enfermedades "alérgicas", vale decir, las enfermedades aquellas, que se producen a causa de materias ajena no dominadas, de cualquier índole (p. ej. polen, orín de caballo, materias químicas).

Aquellos que cobra validez para la situación física referida a la exhalación, queda en evidencia asimismo en el comporta-

miento anímico hacia el medio circundante. La sensación del sentirse presionado en el ámbito respiratorio, genera un temor latente, que puede descargarse en estados de excitación y estallidos de ira, de manera explosiva. A los niños les cuesta manejarse consigo mismos y con el medio circundante y a menudo evidencian marcadas dificultades educativas y un comportamiento tendiente a lo asocial. Por el hecho de que aquí lo corporal y lo anímico se encuentran relacionados de manera inseparable, los hogares modernos para los niños asmáticos no tan solo tienen que ser instalados que los instala en un clima de altura libre de alergias, sino a su vez de manera tal, que se proporcione una atención pedagógica apropiada (o bien, pedagógica curativa).

Afortunadamente el asma real no es frecuente en la edad infantil, aunque se encuentra en aumento. Mayor es el número de niños en los cuales el impedimento de la exhalación tan solo se insinúa y se manifiesta sobre todo en la postura anímica. A ella pertenecen los niños, que parecen estar sumidos en un permanente leve sobresalto, pero también muchos tartamudos.

Como ejemplo de un niño asmático, nos referimos aquí a una alumna del 8º grado:

En el sexto mes del embarazo, la madre tuvo una vivencia fuerte de shock.- El parto aconteció de manera normal, con un peso de 7 libras al nacer. Durante dos meses, la madre le dio el pecho. Con un año aprendió a caminar y hablar. Al tener cuatro años, los médicos constataron asma. Pero ya con anterioridad la madre había observado la respiración audible. Los ataques en su mayoría acontecieron durante la noche. De por sí, el sueño era deficiente, sobre todo, le costaba quedar dormida. Siendo pequeña, lloraba siempre antes del dormir y también al despertar. A los tres años tuvo sarampión, a los cinco años, escarlatina y con seis años y medio, paperas.

en tercer grado, el asma se agudizó de manera tal, que durante tres cuarto de año tuvo que ausentarse de la escuela. En los siguientes años, el asma se ha mejorado.

Sus rendimientos escolares siempre han sido muy buenos. Sin embargo, a causa de su comportamiento egocéntrico y petulante no era apreciada por sus maestros. Sin motivo aparente, en su casa pudo estallar en ira. Ahora está cursando el octavo grado. Ahora, el asma prácticamente está sanado. Tan solo al cabo de grandes esfuerzos se producen aún, estados asmáticos. Lo que aún existe, son los trastornos al conciliar el sueño y el sueño intranquilo.

Hallazgo: Niña de catorce años de edad, con evolución de desarrollo acorde a su edad. Rostro pálido. La amígdala está algo agrandada, pero blanda. El examen pulmonar no muestra particularidades, salvo algunos ruidos de ronroneo. Figura cardíaca sin motivos llamativos, acción regular, frecuencia 70. R.R. 125/60
Piés con los dedos en abducción:

En este caso, la enfermedad asmática en sí, en el curso de la escolaridad primaria ha experimentado una cura muy amplia, mientras que los demás problemas no se han superado del todo.

Hemos caracterizado los niños con problemas respiratorios con referencia a su comportamiento hacia el medio circundante. Existen los niños (los niños con vegetaciones de adenoides), que en cierto modo se "vientan" en el medio circundante y los niños, que tienen dificultad para relacionarse con el medio circundante (los niños asmáticos). En los niños epilépticos y en los niños histéricos, este comportamiento ^{polar} es conducido a extremos. En el fluir del vaciamiento de un tipo de niños, en el cual es frecuente, pero no obligatoria la enuresis, ya está pre-establecido el modo de reacción histérica. En la situación de prisión del asmático, que tiene tendencia a los ataques, ya se percibe algo de aquello, que luego se manifiesta plenamente en el epiléptico.

3.10.2018



NIÑOS EPILEPTICOS

Al disponer de las correspondientes capacidades, los niños epilépticos pueden asistir sin problema una escuela normal. De hecho, el maestro debe tomar en cuenta dos dificultades. El niño epiléptico siempre se encuentra en peligro de desprendérse del conjunto del grado, aún, cuando no tiene ataques, y su capacidad del aprendizaje no está disminuida. A partir de motivos de difícil comprensión, causa rechazo social. Es "diferente" en su ser; esto lo perciben los compañeros, y, en el caso de que el maestro no actúa de mediador dotado de tino, lo rechazan de manera cruel y radical, usual en los niños.

El otro peligro está dado - de hecho sucede muy pocas veces - cuando un ataque acontece durante la clase. Ese acontecer actúa sobre los niños no preparados para presenciarlo, de manera tan inquietante, que amenaza el estallido de un pánico. En un momento así, el maestro tiene que hacer todo lo posible, para no perder el control sobre el grado. Nada puede hacer en realidad para el niño epiléptico durante el ataque. Lo grave que el estar presente durante un ataque epiléptico para un niño escolar, emana de la siguiente anotación en la biografía de Friedrich Rittelmeyer: "El acontecimiento más conmovedor durante estos primeros años del ciclo secundario lo tuve durante una hora de gimnasia. De pronto un alumno cayó abatido por convulsiones epilépticas. Tan terrible y cruel ha sido la impresión, que mi memoria rechazó guardarla. Tan solo sé, que al cabo de pocos minutos, otro alumno cayó desvanecido y nos sobresaltó a causa del estruendo causado por el golpe causado por el impacto de su cabeza sobre el piso de madera. Unos minutos más tarde un tercer alumno. entonces, se canceló la clase de gimnasia. A pesar de la terrible impresión, me había mantenido en pie. Pero, luego fué presa de una tremenda angustia de

vida. Durante varias semanas, me fue imposible retornar a la escuela."

A diferencia de muchas otras manifestaciones patológicas y trastornos evolutivos de la edad infantil, que vemos aparecer en nuestra época, la epilepsia es una forma de enfermedad, en la medida en la que podemos constatar, que siempre ha existido. Por esa razón, Victor von Weizsäcker la señala como "enfermedad original". También su frecuencia no parece haberse modificada, aunque algunos observadores opinan, que en los últimos tiempos hubo un leve aumento.

La definición aún hoy usual, en epilepsias genuinas y epilepsias sintomáticas afirma, que el ataque se debe ya sea el síntoma de una causa que conocemos, como puede ser una cicatriz en el cerebro, o en cambio, que no conocemos la causa y que la enfermedad se produce de manera genuina, vale decir, por sí misma; suponemos entonces, que es heredada. En su época, esta concepción ha conducido a consecuencias de mucho peso, si recordamos a las así llamadas leyes de la herencia de la salud. Ha quedado empero demostrado, que una definición tal, no es sostenible. Por un lado, el avance de la investigación está encontrando para las hasta ahora consideradas formas genuinas una causa, y por el otro lado, se evidencia, que una causa existente conduce al ataque recién, cuando viene a su encuentro, una disposición genuina. Epilepsias genuinas y epilepsias sintomáticas por lo tanto, de manera fluctuante pasan de la una a la otra.

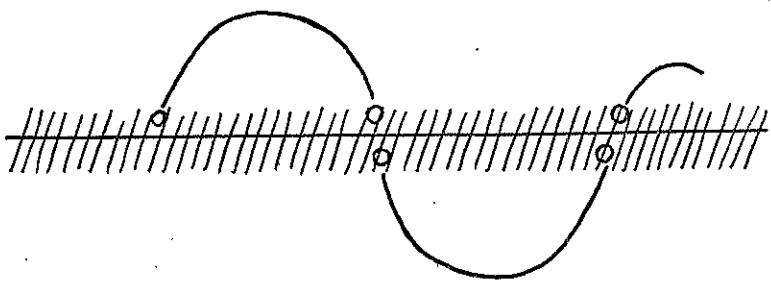
Una clasificación objetiva - por el hecho que se detiene en los fenómenos y no parte de conceptos teóricos -, es la que se orienta según ataques mayores y ataques menores: Grand Mal, y Petit Mal. El gran ataque clásico, al cabo de una percepción previa de tipo variado, la así llamada aura, conduce al estado tónico-clónico de la convulsión con pérdida de conocimiento, al cual sigue el estado de relajación, que luego, en la mayoría de los casos pasa al sueño profundo.

existe una concepción moderna de la epilepsia (D. Janz), ¹⁰ que para su clasificación en los grandes ataques epilépticos, parte de su relación con el estado del sueño. Siempre se ha sabido, que el sueño del epiléptico constituye algo especial. Es anormalmente profundo: el enfermo cae en el sueño a semejanza de un tronco y difícilmente puede ser despertado. Tiempos regulados y suficientes para el dormir, reducen la cantidad de los ataques, el quiebre del sueño los provoca.

Se ha aprendido ahora, diferenciar diversas formas de la epilepsia, según su relación con el ritmo del ritmo del dormir y del estar despierto:

1. Epilepsias del dormir con ataques en el sueño matinal, pero también al anochecer, al cabo del quedar dormido.
2. Epilepsias del despertar con ataques, de manera preponderante, al poco tiempo después del despertar, pero también al cabo de la tarea diurna, al anochecer.
3. Epilepsias cuyo ataque se encuentra diseminado aparentemente sin reglamento, durante todo el día (Epilepsias „difusas“).

Dejemos de lado al grupo tercero y último, mencionando tan solo, que existe una relación hacia el ritmo del dormir y el estar despierto allí en la medida, que a todo ataque epiléptico precede una breve caída en una especie del estar dormido. En los otros dos grupos, en los cuales el ataque acontece o bien en vías del despertar (sueño matinal, al cabo del despertar) o en vías del quedar dormido (poco después de conciliar el sueño), esa relación es más evidente. En la representación gráfica, la distribución de los ataques es la siguiente:



Distribución temporal en grandes ataques

Los tiempos del ataque (o), se encuentran todos en la proximidad de la línea horizontal, que nos está indicando la transición del dormir al despertar, o bien, de la noche al día, vale decir, yacen, por así decirlo, en la "región de la penumbra" (nayado). Allí se expresa algo sumamente característico. En la esencia del epiléptico se encuentra algo perteneciente a la penumbra. Estados breves o más extensos de semiconsciencia pueden aparecer a modo de equivalencia del ataque, pero, así mismo fuera de estos estados posee algo similar a la sombra, algo apático, lento, en su carácter. En el curso de esta descripción notaremos, como dentro del epiléptico permanece recluido en la penumbra, ^{algo} que en realidad quiere abrirse paso a la luz del día y que así debería ser; la LVZ auténtica.

Se han formulado preguntas, acerca del motivo por el cual muchos ataques están sujetos a determinados períodos del estar dormido y del estar despierto. Para el modo de concepto científico-natural ¿dónde se encuentra la diferencia entre el estar dormido, y el estar despierto? Se encuentran cambios de los diferentes valores metabólicos: Al comenzar a dormir, se produce por ejemplo, un desplazamiento del equilibrio ácidobásico, en el sentido de la alcalosis, la tensión CO₂ de la sangre y el nivel de azúcar en la sangre desciden etc; todos estos valores se invierten en su dirección en ocasión del despertar. En el epiléptico, esa inversión no se lleva a cabo de manera regular, sino, se dice, se produce una inversión a modo de crisis en el metabolismo.

Se presenta entonces la pregunta : Quién produce, quién maneja esa inversión del rumbo? Y esa consulta abre el camino para resultados científicos-espirituales.¹²

En ocasión de la representación del ataque epiléptico en su "curso pedagógico-curativo" dado en 1924, Rudolf Steiner también parte del estado del sueño, que por entonces, hace más de 40 años, no ha sido tomado en cuenta. Allí, Rudolf Steiner refiere al ataque epiléptico, a modo de una especie de malogrado proceso del despertar. Mientras que en el despertar regular, la parte espiritual-anímica del hombre a través del cuerpo se conecta con el mundo, el epiléptico en cierto modo permanece estancado en el cuerpo, en lo físico. La sana conciencia del estar despierto se produce por el hecho de que el hombre con su ser espiritual-anímico no quede limitado al cuerpo, sino que viva en las fuerzas físicas y etéricas del mundo circundante, en la fuerza de la gravedad, en las fuerzas hidro-aero-termo-dinámicas, pero, también en la luz, y en el sonido del medio que lo rodea. En el epiléptico, esa conexión con el mundo está alterada, no se abre paso hacia las fuerzas del mundo exterior. Que de hecho la relación del epiléptico hacia las fuerzas físicas-étéricas del mundo circundante está alterada, en la actualidad ya se dispone de numerosas observaciones. Existen ataques provocados de manera mecánica (por golpes), por respiración forzada, por sonidos, por efecto lumínico. Aquí, en este caso nos limitaremos a la relación hacia la luz, dado que, como la misma diferencia al día de la noche, nosotros la podemos tomar como representante certero de la despierta conciencia diurna, alterada en el epiléptico. Al respecto reproducimos la historia clínica - en forma abreviada - de la clínica Universal-infantil de Heidelberg (1959) :

El niño de 13 años, que hasta ese entonces no había tenido problema alguno, fue llevado a la clínica a causa de un ataque convul-

sivo tónico-clónico, de 10 minutos de duración, con 13 mordedura de lengua y enuresis. La anamnesis aportó los siguientes pormenores:

Ese día, la familia estaba sentada frente al televisor recién adquirido, contemplando una transmisión. De pronto, el joven cayó al piso y comenzó a tener contracciones en todo el cuerpo. Según sus propias indicaciones, pudo recordar, que al estar mirando una imagen brillante y con vibración, un mareo se apoderó de él y una sensación de vacío en la cabeza, sensaciones que algunas veces ya había tenido antes, por ejemplo, una vez en el cine y otra vez, cuando con la bicicleta cruzó rápido por una avenida bordeada por árboles. En esas oportunidades, de hecho no habían producido ataques convulsivos.

A causa de la sospecha de una relación entre el efecto lumínico intermitente y las manifestaciones a modo de aura o bien del ataque convulsivo generalizado, se llevó a cabo una foto estimulación. Al respecto queda en evidencia en ámbito de frecuencia de 15-22 rayos por segundo en el EEG una actividad hipersincrónica.

En lo clínico, el joven tiene de manera sincronizada con las ondas empinadas, contracciones entrecortadas, no sistemáticas en los brazos y en las piernas y en la musculatura de los hombres. Al cabo del examen indica, que durante el efecto lumínico tuvo la misma sensación de mareo como en las ya mencionadas oportunidades y había sentido, que su cuerpo se había sacudido de manera brusca.

En el examen de este joven se ha llevado a cabo una descarga de las corrientes cerebrales (EEG) y a su vez se actuar sobre él, la foto-estimulación. Mediante la luz titilante, se genera artificialmente, la misma situación como la experimentada con anterioridad (viaje por la avenida con la arbolada, el cine y la televisión). Se comprobó entonces, que en oportunidad de un determinado ritmo del titileo, se produjo una tendencia a la convulsión. (El ritmo efectivo es individualmente dife-

rente, y tiene que ser adaptado al ritmo propio del paciente.)

Esta historia clínica es típica para forma de epilepsia aquella, en la cual la relación trastornada hacia el mundo exterior se refiere a la luz circundante. La mirada posada sobre la superficie de un lago, cubierta por la radiancia solar, contemplación de la luz a través de hojas o ramas movidas por el viento, observación de la hélice de un avión, las oportunidades en las cuales se produce un rápido cambio entre la luz y la sombra, se mencionan una y otra vez. Puede tratarse alguna vez también del efecto lumínico uniforme, por ejemplo, penetrante luz solar; como especialmente efectivo muestra ser la luz roja - pero, por lo general se trata de efectos lumínicos que oscilan de manera rítmica.

¿Qué sabemos nosotros acerca de la subjetiva vivencia del epiléptico en ocasión del ataque? De evidente manera, nada experimenta con respecto al ataque severo, que sucede más allá de su conciencia, y también de su memoria. Pero, siente las percepciones previas y las manifestaciones a modo de aura y esto por ejemplo puede conducir a que el niño aun tenga tiempo a tirarse en los brazos de la madre con un grito reclamando auxilio, antes del estallido del ataque. Estas percepciones previas no siempre son de naturaleza de sobresalto, pueden tener a su vez un carácter de deleite. Dostojewski, que desde temprana edad padecía de epilepsia, describió al momento previo al ataque como de un deleite tan grande, que por esos pocos segundos podría renunciarse a diez años de la vida, o tal vez podría sacrificar la vida entera. Se trata de una experiencia fuera de lo común, de un ser humano fuera de lo común. - Pero, también en los niños podemos observar, que a ese estado previo lo vivencian con deleite y hasta tratan arbitrariamente, acceder a él.

Al respecto, nuevamente ofrecemos una historia clínica:

La madre trae al consultorio la niña de 11 años, a causa 15 de un enigmático hábito insistente. En los días soleados, la niña se separa de sus compañeros y se ubica de manera tal, que su rostro se halla ubicado orientado hacia el sol y con los dedos separados lleva a cabo movimientos del tipo de ~~habanico~~ frente a los ojos. La niña queda sumida en esa actividad SIN PRESTAR ATENCIÓN A AQUELLO QUE ACONTECE A SU ALREDEDOR. Al fijar la mirada, podemos observar, que los párpados llevan a cabo rápidos movimientos a modo de relámpago.- Al ser interrumpido el niño en esta actividad, se enoja, se aleja del lugar yendo a otro lugar para seguir practicando ese juego. Todos los intentos, tanto aquellos practicados a las buenas, como también aquellos mediante medidas draconianas, han fracasado. Y el "abanicarse" ha convertido en una verdadera manía. En el décimo año de vida, se ha producido durante ese movimiento, un ataque convulsivo, observado por la madre.

También en la clínica pudo observarse varias veces, ese comportamiento anormal. El niño parecía estar sumido en ese momento, en un estado de penumbra o de trance, marcado por deleite. No se logró una interrupción dirigiéndole la palabra, pero sí, colocando en sombra los ojos.

En el EEG, en la frecuencia de 8-10 parpadeos por segundo, se produjeron ondas patológicas de igual oscilación.

Imaginemos la situación de este niño. Está jugando afuera, a la luz del sol con sus compañeros. El juego empero no le interesa a la niña. Se aparta, se para al sol, pero no, para percibir a la luz solar, sino, mediante la luz, experimentar con deleite un ritmo propio. Esto es tan característico para la postura del epiléptico, con referencia a la prisión en los procesos de su mundo propio, con referencia del no-avance al mundo exterior.

Como ejemplo referido a una epilepsia del despertar, en la cual posiblemente juega un rol la trastornada relación hacia la luz, damos el siguiente informe referida a una alumna de 8 años del 1er grado:

A partir del 6º mes del embarazo, la madre padeció una ¹⁶ patología renal; eliminó albúmina, la presión sanguínea estaba elevada y existían edemas. El parto no presentó complicaciones y acentuó en término. Así y todo, el niño tuvo un peso tan solo de 1530 gramos, como un parto prematuro. Durante los primeros tres meses permaneció en el hospital de niños. Allí se constató catarata congénita en ambos ojos. La agudeza visual era del 10 - 15 %.

Con 1 1/2 años, la niña tuvo su primer ataque, al cabo del cual hubo una parálisis de la pierna izquierda y del brazo derecho. Lentamente, las parálisis experimentaron una regresión. (La pierna izquierda sigue estando afectada.)

El segundo ataque se produjo a los 2 años. Se practicó una trepanación, dado que se sospechó una hemorragia cerebral, lo cual no se confirmó. El EEG ha sido normal. El tercer ataque se produjo a los 3 años. En el cuarto ataque, la niña tuvo 7 años. Desde entonces no hubo otro ataque. Los ataques acontecieron siempre por la mañana, al cabo del despertar. Durante varias semanas anteriores, la niña estuvo de mal humor y temerosa. Los ataques fueron tan graves, que en todos los casos resultó necesaria la internación hospitalaria. La niña durante días ha estado inconsciente.

Desde el 6º hasta el 8º año se llevaron a cabo cuatro operaciones de los ojos. Ahora, la agudeza visual, usando anteojos de catarata, es del 50 %. La niña puede leer y escribir. Desde el 3º año de vida se encuentra en tratamiento médico con un especialista del sistema nervioso.

Aprendió a caminar a los 3 1/2 años y aprendió a hablar con 1 año. El sueño es sereno, el apetito es escaso. Su juego favorito es "hospital", lo cual es comprensible, dado su destino.

Ingresó a la escuela con 8 años. Muchas veces levanta la mano cuando el maestro pregunta algo, pero, luego no sabe qué contestar en la mayoría de los casos. A veces se levanta, recorre el aula

sin aparente motivo, para sentarse luego nuevamente.

17

Hallazgo: Niña rubia, pálida, delgada de cabeza pequeña (circunferencia de la cabeza 49,5 cm). Porta anteojos de catarata. Perfil angular. Brazos delgados, manos muy pequeños con articulaciones hiperextensibles de los dedos. Clinodactilia. Región lumbar cóncava. Pulso 120. Pies fríos. Pierna izquierda más débil en su conjunto; no puede saltar sobre la pierna izquierda. - Por lo demás, sin particularidades en su cuerpo. - Ser temeroso, muy inquieto."

Aquí se trata de una epilepsia del despertar. El comportamiento inquieto (erético - hiperkinético) tal como también aquí se presenta, en los epilépticos del despertar, adultos, es indicado como típico (D. Janz), frente al ser circunstanciado - pedante de los epilépticos del dormir. En la edad infantil, la diferenciación no sería tan definida (Bamberger - Matthes). Aquí, estamos frente al tipo correspondiente a la epilepsia del despertar. También en el comportamiento de los niños a veces no adecuado a la situación (recorrer el aula, pedir la palabra sin motivo) podemos notar un gesto epiléptico.

Lo llamativo es, que la detención de los ataques concuerda con la mayor permeabilidad lumínica de los ojos, obtenida mediante las operaciones. No parece ser una casualidad. Según el concepto antes referido, la constitución epiléptica se basa sobre una relación alterada hacia las fuerzas físicas - etéricas del medio circundante, por ejemplo, hacia la luz. Cuando mediante la operación de catarata aquí se normalizó la impedida relación hacia la luz, con ello caducó al mismo tiempo, UNA de las causas del proceso epiléptico.

Hemos relacionado la epilepsia, con el ritmo del estar durmiendo y del estar despierto. El mismo por lo general concuerda con el ritmo del día y de la noche a causa de los hábitos de la vida, pero, no depende de un horario, tal como es el caso con el ritmo observado en los niños con cabeza grande y cabeza pequeña, de anabo-

lismo (asimilación) y catabolismo (disimilación). Es así, que 18 el ataque de un epiléptico del despertar puede acontecer alguna vez al cabo de la siesta del mediodía, no estando sujeto por lo tanto al horario matinal o vespertino.

Todos los ritmos aquí tomados en cuenta, tienen en común, que se refieren a la conjunción de lo espiritual-anímico y lo corporal-físico. La compenetración mutua de estas dos partes del ser del hombre, no es de naturaleza estable o progresiva, sino de naturaleza oscilante, rítmica, que se expresa en los diferentes ritmos: anabolismo y catabolismo, ascenso y descenso de la presión cerebral, exhalación e inhalación; estar despierto y estar dormido, entre otros. - En la edad infantil, la penetración de lo espiritual-anímico en la corporeidad se intensifica un poco más, con cada nueva oscilación de estos diferentes ritmos. A esto lo denominamos el proceso de la encarnación, que no es rectilíneo, sino de avance rítmico. Al respecto, lo espiritual-anímico que se está encarnando, en el curso de la evolución infantil se apodera de los miembros antes referidos de la organización humana: el sistema de la cabeza, el sistema rítmico, el sistema metabólico y de los miembros.

Tal como de hecho un proceso que acontece más bien en lo oculto, ciertamente se concentra en una manifestación patológica, llegando así a la evidencia, así, las etapas de la encarnación del niño se tornan visibles en el carácter de los pequeños ataques epilépticos (No Petit Mal). A continuación nos referiremos a ello. En el caso de los ataques menores, diferenciamos tres formas principales, que en lo temporario se articulan de la siguiente manera:

(1. Las convulsiones Salaam, los espasmos salutatorios y los de Mayo, en los cuales los niños inclinan hacia adelante la cabeza,

la nuca y el tronco, elevando las rodillas, resultando así una postura similar a la embrional. Estos ataques, en los cuales en la mayoría de los casos existe un daño cerebral, se limitan al primer septenio del desarrollo infantil. Se producen entre el primer año de vida y el cuarto (según otras opiniones entre el 1º y el 6º año de vida).

(2). El cúmulo de ausencias de la picnolepsia, que pueden reiterarse 10-, 40-, 100 veces por día. Dependen fuertemente de la reacción del niño con respecto a influencias externas y pueden ser provocados por respiración forzada (hiperventilación). La edad predilecta de la picnolepsia se encuentra entre los 4-10 (3-14) años, por lo tanto tiene su culminación en el segundo septenio.

(3). El Petit-Mal-impulsivo (ataques mioclónicos) se expresa en repentinos impulsos violentos en los miembros, que en su mayoría aparecen por la mañana. Esta forma aparece entre el 12º y vigésimo año de vida, prefiere por lo tanto al tercer septenio.

En la disposición temporaria de los ataques pequeños, por lo tanto en principio estamos frente a tales que muestran la tendencia, de enrollar al niño en su conjunto, a una forma cerrada. (Salaam etc.). A ello le sigue un acontecer fuertemente cambiante de constante repetición, que tiene relación con la respiración (picnolepsia). Y luego el ataque se apodera de los miembros (Petit-Mal-Impulsivo). Con ello, el acontecer inicial se adapta a la evolución general del niño, que en el primer septenio es determinada por el carácter totalmente cerrado de la cabeza, que en el segundo septenio se expresa en los procesos ritmicos y en el tercer septenio pasa a los miembros. De esta manera, los pequeños ataques se van acumulando a un organismo patológico, que en secuencia temporal genera al hombre en su conjunto una vez más. Al respecto, la di-

rección descendente de la encarnación del niño desde la ca. 20
baja hacia los miembros se refleja en el cambio del carácter de
los ataques.

Un niño puede tener, ya sea ataques tan solo grandes o tan solo pe-
queños, pero también grandes y chicos en cambiante secuencia. A la
edad escolar, en la mayoría de los casos se trata de ausencias,
pequeños ataques, tan fugaces que a veces ni se toman en cuen-
ta o son tomados como breves distracciones de la atención. Se
produce una breve interrupción de la conciencia, que puede
durar de 2-30 segundos, durante la cual en la mayoría de
las veces los ojos se giran hacia arriba y la cabeza hacia atrás.
El niño sigue con su actividad interrumpida, al haber estado
escribiendo, tal vez haga unos desvíos con la pluma, para pro-
seguir luego de manera prolífica. En la mayoría de los casos se
trata de niños amables, vivaces e inteligentes, que empero más a-
delante en la vida, en sus rendimientos no pueden realizar aque-
llo que prometían poder llevar a cabo en la edad escolar.

Las ausencias pueden ser influenciadas de manera pedagógica,
porque la postura interior del niño, y su comportamiento con
respecto al medio circundante participan de su generación, en oca-
sión de angustia (tarea en el aula, temor causado por expectativa)
se generan con cúmulo mayor. El niño se retrotrae de manera, no
"está presente"; la palabra "ausencia" es muy indicada. Cuando el ni-
ño participa con interés profundo de la clase o de una represen-
tación, no se presentan durante ese tiempo.

El siguiente informe referente a una alumna del 5º grado, brinda
un ejemplo con respecto a la manera de ser del niño que padece de
ausencias:

Según lo informado, el embarazo y el parto han sucedido sin par-

menores llamativos. Durante tres meses, la madre amamantó a la niña. Aprendió a caminar al año y medio y aprendió a hablar a los dos años. Con cuatro años tuvo una convulsión febril, que según la investigación del médico pediatra y del EEG, fue considerada no-epileptica. Con cinco años, tuvo nuevamente una convulsión febril. Con nueve años se procedió a la amigdalectomía. Con seis años ingresó a la escolaridad, al cabo de algunos meses empero, fue aplazada, por carecer de madurez escolar, volviendo a la escuela con siete años. A la maestra le llamó la atención que la niña una y otra vez no estaba atenta y que a veces giraba los ojos de extraña manera. La investigación realizada por el oftalmólogo, no aportó resultado con respecto a un problema, así como tampoco la consulta psiquiátrica. El I.Q. era 104. A causa de la queja debida a frecuentes dolores de cabeza, se procedió a la confección de un nuevo EEG, en el cual se constató un resultado patológico. Entonces, se le suministró un tratamiento anti-epileptico. No se observaron otras ausencias; el estado general y el rendimiento escolar empero eran muy cambiantes. La niña seguía quejándose de dolores de la cabeza, dolor del vientre y de manifestaciones de cansancio; problemas muy frecuentes durante la edad escolar, que empero en el caso de esta niña se producían con una frecuencia muy elevada. Lo que a su capacidad se refiere, hoy por ejemplo sabe en francés, los vocablos de una lectura; mañana los ha olvidado en casi toda la integridad y puede ser, que al cabo de unos días los recuerde de nuevo. Cuando su tarea es, contar una historia que ha escuchado antes, de pronto sus pensamientos dejan de funcionar. - Ella es una niña vivaz y alegre, que es referida por la maestra de grado como devota, casi impertinente y a veces un poco tonta. - El apetito es malo, sobre todo por la mañana; el sueño es bueno. Se cuesta despertarse por la mañana y recién al anochecer está despierta debidamente. Leve estreñimiento.

Hallazgo: Niña despierta, con mejillas coloradas, con piel 32 morena y cabello oscuro. Con ojeras. En la charla, llama la atención, una fugaz risa reiterada.- Amigdalectomia, dientes apretados entre sí. Manos y pies pequeños, sobre todo, el menique. El dedo gordo del pie muestra una distancia notoria hacia el resto de los dedos („pie malayo“). Pie plano, región lumbar cóncava. Órganos interiores sanos.

La aparición de ausencias fugaces en su aparición cambiante, es significativa para las manifestaciones patológicas fugaces y variantes propias de la edad de la escolaridad primaria. Los problemas característicos, tales como dolor de cabeza, dolor de vientre, palpitations cardíacas - tal como también acontece en esta niña, - además de las ausencias - ostentan siempre, un curso cambiante, oscilante. La edad de la escuela primaria - la época entre los 7 y los 14 años - es la edad más saludable en el curso de la vida humana. Es así, que los ataques de Petit-Mal correspondientes a esa edad, adquieren la forma relativamente liviana de las ausencias. En alrededor de un cuarto de los casos, las ausencias se curan de manera espontánea, en la época de la pubertad.

Cuando los ataques con similitud a la ausencia perduran más allá de la pubertad, o recién comienzan en la época de la pubertad, temos que sospechar de que se trate de una forma adicional de la epilepsia: los así llamados ataques de la penumbra, o, la epilepsia temporal. Al respecto, otro ejemplo: La alumna D.W. de 14 años, de pronto, durante la clase de su asiento cayó al piso. Los compañeros la levantaron. De inmediato recuperó la conciencia y nada supo de aquello que había sucedido. Con la anterioridad de un año, ya había acontecido lo mismo en la iglesia.

Por la anamnesis de la familia se supo, que el padre 23 y una hermana padecen de asma. Otra hermana padece de migraña y eventuales desmayos. El abuelo por parte paterna, así como un primo por parte del padre tienen ataques epilépticos.

El niño nació con poco peso (2 Kg.). Aprendió a caminar con 18 meses, habló con 2 años. A los 7 años, durante la salida de un diente, tuvo contracciones. A los 10 años tuvo una concusión cerebral. La menarquía comenzó a los 12 años. Con anterioridad de un día a la misma, siempre está de un pésimo humor.

Hallazgo: Niña de aspecto despierto, vigorosa, negordeta, algo burda. zurda. Ambos pies operados por deformes. Manos y pies "helados" y azules. Las piernas en toda su extensión son azules, fríos y congestionados. Pulso 76, RR 90/60, corazón o.B.

En el EEG se evidencia en hiper ventilación una extensa anomalía en la región temporal derecha. La radiografía del cráneo muestra una asimetría en perjuicio del lado derecho.- Se formula el diagnóstico de una epilepsia del lóbulo temporal.

Aquí, la anamnesis muestra una fuerte tara patológica. La estructura corporal vigorosa (atlética), algo burda, en los epilépticos se presenta con tanta frecuencia, que se la ha calificado de una "constitución ictofílica" -con tendencia a los ataques. Podemos tener la impresión, que en el caso de una constitución tal, que la corporeidad no está configurada de suficiente manera y por lo tanto tampoco es suficientemente permeable para lo espiritual-anímico. Al adicionarse deformaciones específicas (pies equinovaros) esta impresión puede confirmarse. Las mencionadas congestiones circulatorias están indicando a su vez, una carente vitalización y trans-anmación en el ámbito de los miembros.

Para finalizar, algunas reflexiones acerca de la relación del ataque epiléptico con respecto a la epilepsia a modo de acontecer patológico en sí. No es así, como a veces lo podemos escuchar, que el

epileptico es una persona como cualquier otra, que tan 24 solo de vez en cuando tiene ataques. De hecho, bajo determinadas condiciones toda persona puede ser presa de un ataque; pero, en el epileptico subyace un trastorno de profundo alcance, que en el ataque tiene su manifestación más llamativa, pero de ninguna manera aquella de mayor envergadura. Con ello no quiero brindar apoyo al prejuicio aún existente con respecto a esta enfermedad. El concepto aquí desarrollado no afecta la valoración del epileptico como personalidad, ni el reconocimiento de su eficiencia y sus méritos.

El trastorno subyacente a la epilepsia se refiere al proceso de la encarnación. En el curso de la sana evolución infantil, el mismo no tan solo promueve que la individualidad en medida cada vez mayor lleve a cabo su entrada al cuerpo, sino, más allá de ello, - en un segundo paso - que se relacione con las fuerzas físicas-étéricas del mundo circundante. Este segundo paso de la encarnación, el epileptico lo logra realizar tan solo de manera incompleta, su entidad espiritual-anímica se estanca en determinados órganos de su cuerpo, en lugar de abrirse paso de manera plena al mundo circundante, tal como lo hemos referido. Al respecto, el estancamiento orgánico subyacente, no se limita al cerebro, sino que puede hallarse así mismo en otros órganos. Aún, cuando el EEG se encuentra afectado de la manera característica de la epilepsia, esto no necesariamente tiene que estar señalando al cerebro mismo, sino que puede indicar por ejemplo la alteración de la función del riñón (eclampsia), o del hígado (coma hepático).

Cuando en el estancamiento espiritual-anímico de la entidad humana en el organismo vemos al real acontecer patológico en el caso de la epilepsia, veremos en el ataque epile-

tico, más bien una especie de desesperado esfuerzo de autocuración. Investigaciones metabólicas realizadas, ofrecen un apoyo con respecto a esta concepción. Han mostrado, como determinados productos metabólicos con anterioridad al ataque se acumulan en la sangre, mientras que durante el ataque, ese estancamiento se disuelve." Aparenta por lo tanto, que un patológico desarrollo metabólico puede ser revertido por un ataque, que es considerado como señal más importante de la enfermedad." A veces, puede ser notado en el paciente varios días antes, que sobrevendrá un ataque. Los niños están desganados, de mal humor, irritados y agresivos. Luego, el ataque acontece con una celeridad tal, que el niño se desploma como abatido por un rayo. Cuando el calor acumulado de la atmósfera se descarga en la tormenta liberadora, en el acontecer de la naturaleza se evidencia una correspondiente dramaticidad. - También los niños, al cabo del ataque a menudo se encuentran en un estado de ánimo y general mejorado y liberado.

Cuando por el contrario los ataques rápidamente se impiden al comienzo de un tratamiento anti-epileptico, entonces la expresión de la personalidad puede cambiar de una manera fatal, al presentarse rasgos psicóticos, agresivos y de maldad. Al producirse un nuevo ataque al cabo de la finalización de la terapia, entonces, circunstancialmente, el cambio del carácter de manera repentina entra en retroceso. "Sucede, que la epilepsia no tan solo se agota en la aparición de ataques. Una ausencia de ataques, obtenida mediante un cambio grave del ser, que se manifiesta en algunos casos, no puede ser considerada como éxito de la terapia medicamentosa.

Cuando a partir de experiencias tales y reflexiones en medida cada vez mayor nos inclinamos más y más, ver un elemento sanador con respecto a la enfermedad básica en el ataque mismo, esto

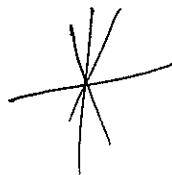
no debe inducirnos a dejar pasar simplemente, el acontecer del ataque. Aunque el ataque constituya una especie de intento de auto-cura, a menudo representa un tratoimiento tan hostil, que puede conducir a daños del paciente y hasta la muerte del mismo. La decisión acerca de la intervención medicamentosa y en qué medida, tiene que estar a cargo siempre de evaluación médica. ²⁶

El hecho de que a modo de equivalencias del ataque a veces se producen actos de violencia, que pueden avanzar hasta el asesinato, puede hacer parecer la descarga presentada en el ataque como ofensiva orientada hacia el organismo propio. Considerado de esa manera, el ataque a su vez es un acontecimiento que evita y previene algo peor. La meta del tratamiento empero siempre debe ser, tornar innecesario el intento del ataque a modo de auto-cura y establecer nuevamente la conexión al medio circundante, de saludable manera.

Puede suceder, que en casos especiales se produzca una curación espontánea, cuando el enfermo logra, por ejemplo mediante un cambio de las circunstancias de su vida, la conexión social a su medio circundante en acertada manera.

Con referencia a la epilepsia infantil, Rudolf Steiner ha indicado ejercicios físicos exactos y medidas físico-terapéuticas, mediante las cuales el niño puede practicar al acceso hacia las fuerzas físicas del mundo circundante.

11. 10. 2018



LA ORGANIZACIÓN HUMANA EN LAS DIRECCIONES ESPACIALES

Cuando en el cúmulo de los trastornos infantiles buscamos una orientación, de manera sobre-entendida llegamos a la membranación basada en el tiempo. En relación con determinados puntos básicos del desarrollo, como se presentan por ejemplo al séptimo, noveno, décimo segundo o décimo cuarto año de vida, se presentan crisis y problemas característicos. Este aspecto le es familiar justamente al médico escolar, a partir de su trabajo mancomunado con los maestros. La pedagogía de Rudolf Steiner, el plan didáctico de la Escuela Waldorf, están edificados de constante manera, sobre el ser cambiante del niño.

En las impresionantes imágenes, con las cuales tiene que ver aquél que trabaja en el campo de la Pedagogía curativa, se sostiene algo duradero, dentro de este cambio temporario. Un niño mongoloides, microencefálico, un niño patológico de otra manera, porta su particularidad, a través de todas las etapas evolutivas. No en primer término es un niño de siete años o de doce años, sino un niño mongoloides, etc., tenga siete años, o tenga doce años. De hecho también allí la edad cobra importancia y debe ser tomada en cuenta en ocasión de la evaluación y del tratamiento, pero, no es lo decisivo. ¿Dónde empero se halla lo esencial en el caso de ESTOS niños?

Ya cuando estamos hablando de niños con cabeza grande y con cabeza chica, lo cual nos estamos refiriendo aún a variaciones del niño "normal". Sin mención sin desvíos patológicos, estamos empleando una caracterización, que transpone toda la infancia. Al respecto subyace un desplazamiento, en la organización superior en relación a la inferior del niño, que en un-

caso conduce a la remarcación de las tendencias ac- 28
tivas en la cabeza, y en el otro caso, a la remarcación de
la tendencia de los miembros.

Aquí comienza a definirse una contemplación ESPACIAL - arri-
ba, abajo; cabeza - miembros, que a consecuencia puede ayu-
darnos a la supervisión acerca de determinados tipos de ni-
ños y a la comprensión de su ser. Al respecto, las direcciones
espaciales, a partir de las dimensiones abstractas, homogéneas
y cambiables de manera arbitraria del matemático, se convier-
ten en tendencias cualitativamente diferentes en la evolución.

Un proceso, que tiene lugar en la organización humana, entre
arriba y abajo, ostenta reglamentos muy diferentes a aquél que
transcurre entre la derecha y la izquierda o entre adelante
y atrás. Si podemos constatar en el niño, en cual de estas di-
recciones se encuentra su trastorno, entonces, con ello ya ha-
mos definido un dato importante acerca de su ser.

Arriba y abajo, ascenso y descenso están separados por el plano
horizontal. El curso de ese plano está señalado en rítmica
repetición en la parte media del hombre, sobre todo, en el
esqueleto. Podemos imaginar de manera aproximada, planos
horizontales a modo de superficies de separación entre los
diferentes cuerpos vertebrales o costillas. De hecho, allí no se
trata de planos exactamente paralelos, sino de tales que - si-
guiendo el curso de la columna vertebral, o bien, de las cos-
tillas - oscilan alrededor de una postura horizontal media. Pe-
ro justamente esa relación hacia lo oscilante de manera rítmica,
es característico para el plano horizontal. La membranación
segmental (metamerie), que predomina en la parte media del
hombre, no es esquemática, sino de una viviente oscilación. Sa-
bemos, que el elemento rítmico vive en el centro, y que sobre el

mismo se apoya la vida del sentimiento. Entendemos en - 29 - entonces, que el plano horizontal reciba la denominación de „plano del sentimiento“. Delimita asimismo, entre arriba y abajo, entre alto y bajo, entre „el júbilo que hasta el cielo llaga y la congoja mortal“.

En el caso de desplazamientos entre arriba y abajo - cuando por lo tanto una tendencia que corresponde estar por debajo del plano horizontal se mueve hacia arriba, o viceversa, - este elemento de oscilación rítmica se conserva. El „hecho de la cabeza grande“ y de la „cabeza chica“, no tan solo están representados por los correspondientes tipos de niños, sino se halla activo a modo de tendencia latente en cada niño. Todo niño por la mañana muestra una tendencia de cabeza chica, al predominar las fuerzas del sistema nervio-sensorio, que actúan de arriba hacia abajo. Todo niño al anochecer está sujeto, a una tendencia de cabeza grande, cuando predominan las fuerzas metabólicas, que desde abajo se abren paso hacia arriba. Sucede tan solo, que en el niño de cabeza chica es mayor el impulso para un lado y el niño de la cabeza grande el impulso del péndulo para el otro lado, lo cual quedan evidencia hasta en la representación física.

En el niño hidrocefal y en el niño microcefal existe otro ritmo determinante, que en los efectos de la respiración también actúa entre el arriba y el abajo. También aquí cobra validez, que este ritmo existente en cada niño, se torna visible en ambos extremos patológicos a través de un desplazamiento del equilibrio, siendo entonces visible en lo corporal.

Tanto en el ritmo diurno, como en el ritmo respiratorio, se trata de un ritmo de la encarnación. La individualidad del niño, por la mañana y en la inhalación está buscando una relación más estrecha con la corporeidad, emprende la

desde arriba hacia abajo, se encarna. Al anochecer, y en la exhalación comienza a desprenderse nuevamente, se aleja en la dirección desde abajo hacia arriba, excarnándose. La encarnación no es un proceso que se lleva a cabo de manera uniforme, oscila entre el sujetar y soltar, siendo empero, que la orientación de la encarnación en ocasión de cada inhalación y en cada despertar prepondera un poco la orientación opuesta de la exhalación y del conciliar el sueño, de modo tal que como resultado del saludable desarrollo infantil, se alcanza finalmente, el nivel de encarnación del adulto. La oscilación del ir y venir de ambos ritmos, conduce de manera alternativa a un percibirse más fuerte y luego más débil en la corporeidad.

Para la encarnación plena del hombre no pertenece tan solo que la individualidad compenetre la corporeidad, sino también, que se relacione con las fuerzas del medio circundante. El logro de esta segunda etapa, puede estar alterado en dos direcciones. Ya en la contemplación de los impedimentos respiratorios hemos visto, que los niños con impedimentos de inhalación, se hallan entregados con exceso a su mundo circundante, mientras que los niños con impedimento de exhalación permanecen congestionados dentro de sí y tienen dificultad para encontrar la relación hacia el mundo circundante. ese comportamiento opuesto hacia el mundo circundante, aparece en forma más marcada en el niño histérico, que se agota fluyendo y en el niño epiléptico, preso dentro de sí mismo. También en los niños con estereotipias del movimiento, está alterada la relación hacia el mundo circundante, el segundo paso de la encarnación.

En este segundo paso de la encarnación, cambia la dirección arriba-abajo. (individualidad y corporeidad), adoptando

la dirección adentro-afuera (individualidad y medio circundante). Según su esencia empero, la dirección adentro-afuera pertenece a la dirección arriba-abajo. Esto queda en evidencia ya en el hecho de que para la misma y para las imágenes patológicas pertinentes, es característico un curso rítmico. Para la respiración y sus impedimentos, esto no necesita ser explicado. También la epilepsia muestra pertenecer a este rubro, por su espacio libre, el intervalo entre un ataque y otro, así como por su relación para con el ritmo del día. - Podríamos estar en duda, acerca si en el caso de la histeria infantil también existen tales estados cambiantes. Al respecto tenemos que recordar, como el niño histerico por un lado se repliega frente al mundo exterior en la vivencia del sentirse herido animicamente, para luego perderse otra vez dentro del medio circundante de modo desenfrenado, o en el ataque de los gritos o en la enuresis.

A un ámbito muy diferente llegamos en el caso de la legastenia, siendo que allí cobra efecto la relación entre la derecha y la izquierda. Esta relación no conduce a tendencias completamente polares (cabeza y miembros) como el contraste entre arriba y abajo, sino hacia formas que guardan semejanza y tan solo se diferencian por su condición de imagen-espejo. Allí, no oscila un ritmo mediador entre las dos mitades; se encuentran rígidas y mudas, una al lado de la otra y se separarían sin guardar relación, a no ser, que una y otra vez se lograse reunirlas en el así llamado plano Sigital, convertidas en unidad. Esto acontece en el cruce de los ejes de los ojos, en el plegar de las manos, en el cruzar las piernas, etc. En todas estas actividades, que le son imposibles al animal de esa manera, el hombre se vivencia como ser en sí cerrado, en su condición distante hacia el mundo. Es la postura que subyace a la condición pensante. El plano Sigital es el plano del pensar. Es por ello,

que colocamos el dedo en la nariz, vale decir en dirección a ese plano, cuando estamos reflexionando intensivamente; es por ello, que en ese plano se forma el pliegue del pensar en la raíz de la nariz.— Estamos en el plano de la simetría, que divide al hombre en dos partes iguales, a modo de imagen espejo. Esta imagen-espejo se encuentra desarrollada de manera más perfecta en la parte superior del hombre, en el cerebro, que compone la base física del pensar. En el espacio del pecho (corazón desplazado hacia la izquierda; a la derecha tres lóbulos pulmonares, a la izquierda dos) la simetría se encuentra ya marcadamente alterada, en el espacio del vientre (posición del estómago, del hígado, del bazo, del intestino) ya prácticamente se halla anulada.

Por doquier, donde la búsqueda de separación hacia derecha o a la izquierda es mayor que la intención a la unificación, tal como es el caso del hipertelorismo (aumento de la distancia entre los ojos), en el diastema (espacio entre los incisivos), en el labio leporino, etc., podemos tomar en cuenta, que el pensante distancia mi ento del mundo, está dificultado en pro de una vivencia más abarcativa, pero más sorda del mundo.

Siendo que la legasteria se encuentra en esa contradicción referida al derecho-izquierda, se caracteriza a modo de un trastorno en el cognitivo captar del mundo ("trastorno gnóstico") (lectura, escritura). Por cierto, que aquí asimismo cobra efecto la contradicción entre arriba y abajo. La misma empero no es vivenciada como polaridad, tal como en realidad corresponde a la relación de arriba y abajo, sino en la imagen espejo (de la confusión de u y n, de m y w, etc.), ciertamente, como un trasladada relación de derecha-izquierda. La legasteria es UN ejemplo para los problemas que aparecen

en relación con la derecha y la izquierda. Pertenecen 33
emper estar allí, todos los problemas referidos a la latera-
lidad, como por ejemplo la lateralidad, diversos trastornos
del habla, parálisis del lado derecho o izquierdo, el situs trans-
versus (cambio de sitio de los intestinos) etc.

Al plano tercero y último, el plano frontal, lo podemos imagi-
nar, pensándolo colocado entre ambas piernas paralelas, y con-
tinuando a lo largo de toda la persona vertical. Por lo tanto,
aquí se trata nuevamente de un plano vertical, pero, de un pla-
no que se ubica verticalmente sobre el anterior plano sagital, de-
limitando adelante y atrás y con ello asimismo, dedicación y
distancia, avance impetuoso y retención, inhibición y desenfreno.
Es el plano volitivo, que se encuentra en relación con el compor-
tamiento moral.

El lado delantero del hombre, se encuentra orientado hacia el
mundo, a través de la mirada y en las demás actividades sen-
soriales, en el habla, en la recepción nutricionista, en la acción
de las manos; en el avance de los pies. Frente a ello, se en-
cuentra el lado trasero - opuesto, apenas conocido a él mismo,
sin relación activa o perceptiva hacia el mundo sensible cir-
cundante. Al dar la espalda a un proceso o a un ser hu-
mano, hago saber que nada quiero tener que ver con él.

La diferencia de atrás y adelante se observa con especial clari-
dad en la cabeza, en la forma del cráneo, que se abre hacia
adelante en las aperturas de los ojos, de la boca y de la nariz,
mientras que en la curvatura trasera se cierra por completo fren-
te al mundo circundante. En la parte restante del hombre, es-
ta contradicción recién se torna notoria en ocasión del mo-
imiento.

Con referencia al plano frontal, no existe un reflejo del uno al
lado del otro, tal como acontece en el plano de la simetría; tam-
poco existe un cambio rítmico, tal como caracteriza la relación

referida al plano horizontal; allí existe tan solo una de dos. No puedo alternar (excepto en casos excepcionales, en los cuales luego se produce un reglamento diferente; la danza) o avanzar y retroceder al mismo tiempo, sino, que puedo hacer tan solo, lo uno o lo otro. Cuando quiero algo de manera simultánea, o no lo quiero, (ambivalencia), entonces se halla en peligro mi salud anímica.

Tal como el hombre se destaca frente a otros seres vivientes por el hecho de que puede avanzar marcha hacia atrás - los animales no pueden hacerlo -, así también en lo anímico espiritual, en la reserva se encuentra en realidad la postura humanomoral.

Hemos visto, como esta reserva está alterada en el cleptómano. El se encuentra bajo la coacción de apoderarse de un definido objeto. Carece de un impedimento, que al no-cleptómano protege de ese impulso. - Hasta ahora hemos tomado a la cleptomanía bajo el aspecto, que un impulso justificado en lo superior del hombre, en lo inferior se convierte en anomalía. Aquí, en mayor medida parece tratarse de una relación de arriba y abajo y no, de adelante y de atrás. - Detrás del actual arriba-abajo, se oculta un antiguo adelante-atrás! Con anterioridad a que el hombre en el curso de la evolución se ha ido elevando a la vertical, ha estado la parte delantera, que ahora se ha convertido en polo superior. En la erección yace - además del elevamiento con ello relacionado - el gesto originario del retractarse. Lo que originalmente corría hacia adelante, ciertamente es colocado sobre la parte que ha quedado abajo. Es como si un jinete se hubiere arrojado sobre un corcel en plena carrera, obligándolo no tan solo a la detención, sino hasta el retroceso. Así, desde el hombre superior, parten delimitaciones para los impulsos e instintos en la parte inferior del hombre. - Además, mediante la erección, se eleva a un

plano superior, y se ennoblecen aquello, que en la antigua parte delantera estaba relacionado como impulso de apropiación. Este impulso es desmaterializado y tan solo está al servicio de reunir informaciones, con lo cual adquiere calidad humana. La imagen del jinete sobre el caballo es apropiada para brindarnos certeza acerca de la relación de la organización superior hacia la inferior en el hombre, siendo que allí se oculta el contrasentido de adelante y atrás. Cuando el jinete decae, pierde el dominio, se levantan las "manías", la manía del hurto, de la velocidad, del golosear, del chismear, impulsos sadísticos, etc. Siempre se trata de un destraje. - Un destraje tal puede manifestarse también en una excreción de las fuerzas pujantes a la pubertad (pubertad precoz), cuando el polo superior de la organización infantil es debilitado por un trauma cerebral-craneano, un daño cerebral, un tumor cerebral o una meningitis.

En el curso de nuestro esfuerzo para el logro de una comprensión de los diferentes tipos de niños, pudimos comprender en medida cada vez mayor, la diferencia cualitativa de las tres orientaciones especiales. Al respecto, el uno al lado del otro en rígida imagen espejo, pertenece a la dirección DERECHA - IZQUIERDA; entre ARRIBA - ABAJO, existe un cambio rítmico; el movimiento uniforme caracteriza la relación de ADELANTE y ATRÁS.

Por doquier, donde un trastorno se refiere a la relación derecha-izquierda, cobra influencia sobre el cognitivo captar del mundo. - Cuando algo se desplaza en las proporciones entre arriba y abajo, resulta un cambio en la percepción de uno mismo (etapa de la encarnación). - Cuando el adelante y el atrás no se encuentran en la relación correcta, se produce el peligro de un extravío moral, que dificulta la convivencia con otras personas.

23.10.2018

X

EL RECURSO

Sucedio' en la región de Sonfjället, que los lobos cierta vez atacaron a un campesino, que en su trineo estaba trasladando un cargamento de cubas. Era invierno y los lobos lo perseguían, se trataba de unos ocho lobos y el caballo del campesino no era muy fuerte, de modo tal, que no tuvo mucha esperanza de poder escapar.

Cuando el hombre escuchó el aullido de los lobos que lo estaban persiguiendo y observó cuantos eran, perdió la sensatez, y no tomó en cuenta que podía descargar todos los envases, pudiendo avanzar entonces con rapidez mayor. Tan solo castigó al caballo y el mismo corrió como nunca, pero, así y todo, los lobos se acercaron más y más. Se trataba de una región muy solitaria y el campesino tuvo que reconocer, que su vida llegaba su fin, de modo tal, que el horror lo paralizó.

Mientras que allí estaba sentado presa del espanto, vio que entre los arbustos que bordeaban el camino, algo se estaba moviendo. Y cuando se dio cuenta lo que era, el susto que ya lo invadía creció de manera descomunal.

Pero, no eran lobos que desde allá adelante se acercaban, si no una anciana mendiga. Se llamaba Finnen-Malin y era una real vagabunda. Era un poco renga y tenía una joroba.

La mujer estaba yendo en dirección a los lobos. Evidentemente, el trineo impedía que los viera. El campesino se dio cuenta, que se pasaba de largo sin advertirla, sería presa de los lobos, y mientras la devoraban, él podía escapar. Avanzaba lentamente, apoyada sobre su bastón; si no le prestaba ayuda,

estaba perdida irreversiblemente. Pero, si él se detenía y 37 la subía al trineo, no era seguro de que entonces se salvaba; dado que todos juntos, él, la anciana y el caballo serían presa de los lobos. Así que el campesino se preguntaba, si no se nía lo mejor, sacrificar una vida, para salvar dos.

Pero, no se detuvo en ese pensamiento, de inmediato consideró, como se sentiría él, en el caso de proceder de esa manera: ¿Acaso sentaría remordimientos, por no haber ayudado a la mujer, la gente tal vez se enteraría que él se había encontrado con ella y no la había asistido?

Entonces, en su pecho se entabló una gran lucha y llegó a la conclusión: mucho mejor hubiese sido, que no me encontrara con ella! En ese momento, los lobos emitieron un fuerte aullido. El caballo se sobrecogió y escapó despavorido, dejando atrás a la mendiga. Ella también había escuchado al aullido y mientras así cruzaba a su lado a la carrera, había leído en su rostro, que sabía lo que la estaba aguardando. Quedó parada, la boca abierta lanzando un grito, los brazos abiertos implorando ayuda, pero no había intentado tirarse sobre el trineo.

"Por cierto, que habré parecido como un espíritu del mal, cuando pase a su lado", pensó el campesino y trató de sentirse satisfecho ahora, que su vida estaba a salvo. Pero, en el mismo instante algo se estaba moviendo en su pecho y sintió allí un ardor. Nunca había cometido aún, una maldad y ahora, en un instante tan solo, había malogrado su vida. Y de pronto exclamó: "Pase lo que pase!" y detuvo al caballo, "no puedo dejarla sola con los lobos".

Gran esfuerzo le costó girar al caballo, pero finalmente lo logró y pronto llegó al lugar donde se encontraba la finnen-Malin.

"¡Rápido, sube a mi trineo!", le ordenó de ruda manera; puesto

que estaba enojado consigo mismo, por no poder abandonar a la mujer a su destino.. „Mejor hubiere sido que te quedaras en un lugar amparado en lugar de andar vagabundeando por acá, vieja bruja, ahora, por tu culpa vamos a morir los dos, el caballo y yo.“

La mujer no contestó palabra alguna, pero el campesino se encontraba en un estado anímico tal, que no pudo reprimirse. „El caballo ya recorrió cinco millas hoy, así que puedes imaginar, que pronto comenzará a flaquear. Y la carga no es menor, desde que tú has subido al trineo.“ Los patines del trineo chirriaban sobre el hielo, pero así y todo, le parecía estar escuchando el chirrido de las uñas de los lobos detrás de él, y sintió, que los lobos se encontraban muy cercanos.

„Ahora todo se acabó“, dijo, „el hecho de que traté de salvarte, a nadie le ha servido.“

Recién entonces, la mujer dijo algunas palabras. Antes había guardado silencio, como alguien que está habituado a ser reprendido.

„No puedo comprender, como no descargas todos estos recipientes, para alivianar el peso“, dijo. „Puedes retornar mañana y buscarnos.“

El campesino comprendió que se trataba de un consejo inteligente y se asombró, que él mismo no había tenido esa idea. Le entregó las riendas a la mujer, soltó la soga que sujetaba las tinajas, para proceder entonces a tirarlas hacia abajo. Los lobos, que ya estaban corriendo al lado del trineo, se detuvieron para investigar de que se trataba aquello que caía a la nieve. De esta manera, los viajeros obtuvieron una pequeña ventaja.

„Si esto no ayuda, naturalmente yo me entregaré a los lobos para que tú te salves“, dijo la Finnen-Malin.

Mientras ella estaba diciendo esto, el campesino justamente 39 estaba por descargar una pesada cuba cervecera. Pero, de pronto se detuvo, como si no podía decidirse a bajarla. En realidad empero, sus pensamientos estaban ocupados con otra cosa.

Pensó: "Un caballo y un hombre, a los cuales ningún mal aqueja, no deberían estar obligados a ser devorados por los lobos, a causa de una vieja mujer. Debería haber un camino para la salvación. Seguro, que lo hay, el asunto es, descubrirlo."

Siguio empujando la cuba, pero de pronto se detuvo, estallando en risa.

La mujer lo miró sobresaltada, creyendo que había perdido la razón; pero el campesino se reía de sí mismo, por haber sido tan tonto. Ahora sabía que tenía que hacer; era lo más simple del mundo y no pudo comprender, como no se lo había ocurrido antes.

"Prestá mucha atención a lo que ahora te voy a decir, Malin, comenzo. "Lo que has dicho antes, de que te ibas a arrojar a los lobos, ha sido algo muy noble. Pero, ya no hace falta, porque descubrí lo que tenemos que hacer para salvarnos todos. Ahora tan solo tienes que hacer lo que te voy a decir. Toma las riendas y sea lo que fuere que yo hago, permaneces sentada tranquilamente y viajes a Linsäll. Allí despiertas a la gente y les cuentas, que aquí estoy, solo con diez lobos sobre el hielo, pidiéndoles que me ayuden."

El campesino esperó, que los lobos nuevamente se acercaran, luego tiró hacia abajo la cuba grande, luego saltó él y se metió debajo de la misma.

Se trataba de una cuba grande y pesada. Los lobos se acercaron e intentaron volcar la cuba, pero no lo lograron, el que allí se había refugiado estaba en seguridad.

El campesino sabía que estaba seguro allí, y se reía dentro de su cuba.

Pero, de pronto se puso muy serio, diciendo: "En caso de hallarme

en una emergencia, voy a recordar esta cuba, y recordaré, que no hace falta causar daño a otros ni a mí mismo. Siempre existe una tercera salida, tan solo se trata de encontrarla."

23.10.2018

