ENFOQUE CLÍNICO DEL TRASTORNO DE CONDUCTA EN EL NIÑO MAYOR

Dr. MARIO SEPÚLVEDA

Servicio de Neuropsiquiatría. Hospital "San Juan de Dios". Santiago.

Es evidente que, lograr la condición de niño mayor, no significa sólo un mero transcurrir en que resalte en primer término lo cronológico, el progreso somático, el distinto comportamiento frente a la enfermedad, sino que, al mismo tiempo, y en forma relevante, una sigue enriquecida, que lo ubica en un plano de menor dependencia, de mayor inquietud, duda y problemática frente a sí mismo y a su ambiente; adecuándolo a la convivencia societaria y entregando parte de sí como contribución a la armonía y estabilidad familiar y de la comunidad en general.

Este transcurrir dirigido por ese hecho fundamental que es la maduración, le aportará en forma progresiva e integral, distintos factores que construirán una unidad funcionante y dinámica revistiéndole de una categoría y distinguiéndolo de otros períodos de la niñez, pero en el sentido de destacarlo como un período con una continuidad iniciada años antes y con un devenir prolongado y pleno de posibilidades.

La vida síquica del niño mayor muestra, que los distintos factores que la constituyen: volición, afectividad, inteligencia, etc., alcanza a un grado de evolución que da cabida a la vivencia: momento síquico significativo biográficamente; permitiéndole obtener orientaciones, conclusiones e inhibiciones, que se traducirán en un definido comportamiento frente a las situaciones que deberá resolver y los proyectos y responsabilidades que deberá cumplir.

Este comportamiento, fruto de una maduración síquica, también está definida-influenciado por la diferenciación somática y estas, aparentemente diferentes vertientes complementos del crecimiento, recíprocamente se influyen dirigiendo al individuo como una totalidad conductual.

La ventaja de este progreso es la incorporación del niño en la Comunidad Familiar, Escolar y general. Incorporación matizada de exigencias y ajustes, y

de obligaciones de progresiva complicación. La relación y entrada en el mundo del adulto debe ser conquistada con sacrificios, renuncios y aumento de las inhibiciones para aparecer adecuado y no perturbador en un conjunto de individuos que han hecho del respeto mutuo un verdadero culto. Asimismo, las esperanzas de los adultos constituirán nuevos y firmes obstáculos, que pondrán en prueba, una y otra vez, estos ajustes.

Enfrentado el niño a las situaciones que necesariamente el aprendizaje y las relaciones personales le brindan, su conducta será considerada normal si se muestra laborioso, emprendedor, responsable, afable, justo en medir su propio valor y el de otros, respetuoso con las personas de mayor edad, colaborador, auténticamente inquieto y curioso de lo nuevo, positivamente resistente o rebelde a lo injusto y, tener además de otras cualidades, la posibilidad de crear o mantener amistades. La suma y mutua dependencia entre ellas le permitirán una convivencia que no perturbará sus ambientes inmediatos: familiar y escolar o mediato: comunidad en general. Si por el contrario, cualquiera de ellas se muestra en déficit o se logra luego de exigirse o ser exigido por terceros; como asimismo mostrarse exuberantemente, su comportamiento será anormal, contando la sociedad con un perturbado en la conducta. Anormalidad que no sitúa al sujeto como a un individuo aislado, sino como un obstáculo efectivo para los comunes intereses de quienes ven en él la causa de un fracaso actual o futuro.

Considerado como una unidad en que recíprocamente se influyen e imbrican lo síquico y lo somático, distintas fuentes serán responsables de la conducta y, como veremos, le darán una impronta, que puede ser utilizada para orientarse en una diferenciación útil y remediadora.

Lo hereditario, constitucional, orgánico y sicógeno, aisladamente en forma mixta, pueden ser reconocidos como etiológicamente responsables.

Estimada la maduración como un fenómeno progresivo, que no completa su equilibrio hasta la edad adulta y que en el normal significa, entre otras cosas, estabilidad conductual, en el niño mayor, ese conjunto que lo hace ajustado al ambiente, está sometido a la débil estabilidad de los controles madurativos. De ahí entonces, que toda vivencia que mueva su afectividad, estado de ánimo, etc., más allá de lo tolerado en este período, puede quebrar este equilibrio, por insuficientes inhibiciones y reflexiones oportunas, trascendiendo fácilmente a la conducta, trastornándola y ubicando al niño dentro de una anormalidad conductual temporal. Pues bien, esta situación, será otro conjunto importante que deberá ser catalogado semiográficamente.

Reconociendo tan diferentes etiologías, la anormalidad conductual puede manifestarse en distintas formas, corriendo el peligro que al describirla se caiga en lo anecdótico, no ahondando en la esencia de ella y utilizando como conclusión sólo un relato que resume la situación mostrada por el niño. Este criterio, que no se compadece con el investigar y pensar médico, ha sido utilizado como el más auténtico por algunos autores, entre ellos Leo Kanner; quien, frente a la consideración de lo individual, desdén el diagnóstico clásico, por estimar la nosografía limitada y poco iluminadora. Así ante un determinado trastorno concluye: "Intranquilidad y agresividad en un niño preescolar no deseado, presionado incesantemente por padres con espíritu de perfección". O bien: "Delincuencia ostentativa en un niño ansioso de alejarse de la sordidez y del maltrato doméstico".

Esta especial forma de tomar el problema, nos parece opuesta a lo que pretende; pues, a pesar que insiste que el niño es un todo, en la conclusión de un trastorno no lo muestra como una unidad indivisible; sino que por el contrario, recoge sólo una impresión final, que desestima el análisis de esta individualidad, tomando al síntoma como un hecho general, sin los caracteres que lo particularizan y que permiten dar un perfil propio y diferenciado de los distintos trastornos.

Para obviar este inconveniente, que a nuestro juicio es fundamental, hemos enfocado el trastorno de conducta desde un punto de vista clínico, que nos lleve, has-

ta donde sea posible, a plantear entidades nosológicas, partiendo de un análisis fenomenológico del síntoma. Es decir, aquello que Jaspers expresa del modo siguiente: "La fenomenología tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados síquicos que experimentan realmente los enfermos, de considerarlos según sus condiciones de afinidad, de limitarlos y de distinguirlos lo más estrictamente posible y de aplicarles términos precisos". Más adelante agrega: "...hay que informarse de todo fenómeno síquico, de toda vivencia que se manifieste en la exploración de los enfermos y en sus autodescripciones. No se puede dar uno por satisfecho con la impresión total y con algunos detalles destacados ad-hoc...". Así, de esta manera, este método recurre a la descripción que permite estudiar, aislar y catalogar los síntomas del enfermo. Nuestra experiencia, en el manejo del niño mayor, nos ha demostrado que la vivencia puede ser explorada fenomenológicamente en forma satisfactoria; desde los seis años hacia adelante, nos ha proporcionado una orientación unívoca para concluir en diagnósticos, que están lejos de dar sólo una impresión general del trastorno. Tanto en la conducta, modo de vivenciarla, como en la formalidad de la vivencia y contenido de la misma, se proporcionan al clínico los elementos para construir un cuadro que importe un diagnóstico, pronóstico y tratamiento; además de contribuir a un mejor conocimiento y comprensión de las anormalidades, objetivos inmediatos y lejanos de la clínica.

Nos ha llevado a este modo de consideración clínica, la inutilidad de otros métodos. Así por ejemplo, entre otros, los siguientes:

Apreciación sólo objetiva de la conducta.

Si se desea agotar todo lo que muestra un trastorno, valorando sólo lo exterior, las manifestaciones de conducta como actos o movimientos que cumplen distintas direcciones, se prescinde de la vertiente síquica, que, a la postre, es la única que puede iluminar el por qué de una determinada conducta.

Los métodos que tratan de aflorar esta vertiente síquica, como es: representarse la situación del niño o tratar de penetrarla afectivamente, corren el peligro de tergiversar los hechos; pues, el que preten-

da representarse o penetrar afectivamente en la situación, es un adulto, con bagaje de experiencias indespojables que hacen imposible que toda apreciación no vaya cargada de subjetividad; el adulto no puede disminuirse para que en un momento dado pueda parangonarse a un niño.

La poca garantía que dan los diferentes tests reside, especialmente, en que sólo consideran una parte de un conjunto, utilizando los valores estadísticos, que orientan, pero no resuelve el hecho clínico particular. Ahora, si ellos utilizan la proyección, su característica será la interpretación de fenómenos, que podrá variar en amplios márgenes de acuerdo a los distintos examinadores.

Veamos la utilidad de este enfoque, presentando, concretamente, los motivos de consulta de algunos enfermitos:

E. A. 10 años. La madre consulta por el fracaso escolar de su hijo, su irresponsabilidad y una constante inquietud. Dado a mentir y a narrar cuentos de diferentes contenidos, que cautivan a adultos y niños; por esta condición es estimado y buscado. Estas dotes de simpatía y sociabilidad ya se mostraron a los tres años; edad en que recorría las casas del vecindario dando muestras de estas excepcionales condiciones.

A través de su corta vida y en los tres años de observación en el Departamento, su comportamiento ha sido semejante, conservando la misma formalidad, pero variando el contenido a medida que aumentaba en conocimientos y experiencias.

La inquietud, mentira, la simpatía excepcional y el fracaso escolar o de cuanta obligación le fuera impuesta es la impresión general del cuadro, pero cada una de estas anormalidades que pueden ser dadas también en otras condiciones obligó a un análisis estricto de ellas. En este niño se demostró, estudiando sus vivencias, que estaba dominado por una inquietud, pues le gustaba estar en constante movimiento; mentía y contaba cuentos para entretener a la gente, sin el ánimo de darse importancia o buscar la admiración de otros, cogía simpatía porque lo guiaba lograr la alegría de quienes lo rodeaban. El fracaso escolar era la consecuencia de esta orientación vital hacia un buen vivir. El diagnóstico fué personalidad Sicopática Hipertímica.

La mentira, el cuento y el conseguir la simpatía de otros, también se da en la Personalidad necesitada de estimación; es decir, la Personalidad Sicopática Histérica; pero estas personalidades van en busca de una ganancia, la admiración y satisfacción imaginativa, el sentimiento de poca valoración los lleva a buscar su confirmación en la opinión de terceros.

N. S. 14 años. El motivo principal de consulta como textualmente lo expresa su madre "su genio insoportable y el rendimiento escolar deficiente en el último tiempo". Su irascibilidad se extrema hasta el punto que no se le puede mirar. Los consejos lo indignan. El deficiente rendimiento escolar se da, especialmente, por contradecir lo que se le enseña. Se considera inteligente que todo lo puede, no quiere ser menos que nadie. Poco amistoso, sólo alterna con sus compañeros de colegio, pero sin tener amigos entre ellos. Nadie tiene derechos sobre él. Esta irascibilidad data desde el período de lactante. Piensa en grandes proyectos encontrándose capaz de realizarlos. En el examen de conducta se observó una actitud altanera, mal humor y mirada dura, respondiendo con tono irritado.

Vivencia su comportamiento diciendo: siempre he sido de mal genio, pero desde hace poco estoy mucho más. No acepto bromas y por eso no las hago, mis hermanos nada deben decirme, soy el hermano mayor, debo recibir mejor trato. No trató de convencer al examinador de su gran valor considerándolo como un hecho que no necesitaba demostración.

En este caso el análisis fenomenológico de su irritabilidad eliminó un carácter explosivo, mal genio provocado por sentirse de menor valor frente a quienes le rodean y motivado, sólo, cuando era tocado en su propio valer en forma absolutamente auténtica. El diagnóstico, obtenido por depuración de sus síntomas fué de Personalidad esquizoide.

En los trastornos conductuales de origen orgánico esta actitud clínica contribuye a distinguir claramente la perversidad sintomática post-encefálica de la perversidad de un perverso congénito. Así, en este último su aspecto es agradable y el mal lo realizan previo plan y goce. En los primeros predomina la perversidad sexual y sus delitos son torpes

repitiéndolos a pesar de ser fácilmente sorprendidos.

Por otra parte, los procesos focales cerebrales también se acompañan de trastornos conductuales por compromiso de los afectos y de la voluntad; tienen tendencia a las descargas coléricas, al comportamiento negativista, inclinación al chiste y pérdida de las inhibiciones. Fenomenológicamente son manifestaciones diferentes a las alteraciones sicógenas. Claro es que la necesaria complementación Neurosiquiátrica, ineludible como formación, contribuirán, también, a dilucidar el cuadro.

La epilepsia, es otra enfermedad que, en lo conductual, muestra su singularidad y que exige ser diferenciada semiográficamente, posibilidad al alcance de un método clínico.

Pero también incurren en trastorno de conducta, otros enfermos siquiátricos; sin embargo, lo predominante en ellos son otras alteraciones: alucinaciones, ideas delirantes, ideas deliroides, etc., en las psicosis endógenas; los trastornos de conciencia (estado crepuscular, amnesia, delirios, obnubilación simple) y síndromes neurológicos y somáticos agregados, en las psicosis sintomáticas. La quiebra de la inteligencia y personalidad en las demencias y el déficit congénito intelectual en las oligofrenias.

Por ello la denominación de Trastornos de Conducta no es feliz, traduciendo superficialidad y falta de análisis del hecho, cuando en diferentes publicaciones de la Literatura Pediátrica se da categoría sindromática y nosográfica a esta anormalidad. De esto se desprende que trastorno de conducta es un hecho universal en toda manifestación siquiátrica. Para el clínico es importante la conducta como trastorno cuando trasciende a lo social, conservándose todas las capacidades síquicas: conciencia, inteligencia, juicio, etc. El próximo paso será explicar esta conducta anómala por: una Personalidad Sicopática es decir aquella personalidad que según Kurt Schneider sufre por su anormalidad síquica o hace sufrir, es importante si trasciende a la conducta social. Una pseudopersonalidad sicopática, propias del niño y siempre reactivas a una situación mortificante o por ausencia de mostración de valores; su anormalidad conductual social no armoniza con ninguno de los conjuntos sintomáticos de las

personalidades sicopáticas propiamente tales. Su producción se explica por aquellas consideraciones que hiciéramos a propósito de los débiles controles e inhibiciones madurativos. Las psicopatías sintomáticas, secundarias a traumatismos encefálicos, o post-encefalíticas, o bien, a alteraciones del desarrollo. Todas estas alteraciones de la personalidad pueden ser consideradas como diagnósticos.

Ciertamente, semejante a todo proceder clínico, el estudio del niño debe ser complementado con los antecedentes que informan sobre su herencia y estados morbosos anteriores; no olvidando la concepción, evolución de la gestación, modalidades del parto y desarrollo neuro-síquico.

La investigación de los padres no debe limitarse al aspecto hereditario, sino que también, es necesario y fructífero, conocer detalladamente sus personalidades, por este mismo aspecto hereditario, como para comprender muchas situaciones reactivas derivadas de progenitores con personalidades sicopáticas. Y, aquí, es necesario insistir que esta es otra exigencia en la formación del neurosiquiatra infantil: el conocimiento de la anormalidad síquica del adulto.

Frente a esta forma clínica fenomenológica de ver el trastorno de conducta, surgen críticas. La fundamental es que su objeto es un ser en maduración que aún no posee una personalidad definida. Puede responderse argumentando que la maduración es un hecho continuo, que se realiza de acuerdo con un plan que varía por las influencias del medio y por el progresivo enriquecimiento síquico, pero que fundamentalmente conserva una característica de base que lo hace distinguible de otros planes. Maduración no significa un existir independiente de un pretérito y de un futuro. Entonces ¿cómo explicaríamos la secuencia biográfica que se comprueba en el historial de los adultos sicopatas o alienados y que se remonta precozmente en la infancia? ¿Por qué la diferencia caracterológica se muestra en los niños, incluso hermanos, ya en los primeros años de vida?

Otra crítica es la que estima al niño fenomenológicamente distinto al adulto, coligiendo que esto basta para hacer inaplicable el método; sin embargo, cabría recordar que fenomenológico no es sinónimo de fenoménico.

RESUMEN

La maduración síquica le da al niño una mente enriquecida, que lo ubica en un plano de menor dependencia, adecuándolo a la vida societaria y los distintos factores que constituyen la vida síquica: volición, afectividad, inteligencia, etc., alcanzan un grado de evolución que da cabida a la vivencia, que le permiten obtener orientaciones, conclusiones e inhibiciones, que se traducirán en el comportamiento que está influenciado por la diferenciación somática.

El niño incorporándose a la comunidad, familiar, escolar y general, encontrará exigencias de diversa y progresiva complicación y la entrada en el mundo adulto debe ser conquistada con sacrificios y renuncios. Su conducta será considerada normal si se muestra laborioso, emprendedor, colaborador, respetuoso, etc., si por el contrario cualquiera de estas condiciones se encuentra en déficit será considerado como anormal y perturbado en la conducta.

Considerado el niño como una unidad en que reciprocamente se influyen lo síquico y lo somático, la conducta será la resultante de diversas fuerzas que le darán una impronta que puede ser orientadora para el clínico.

Lo hereditario, lo constitucional, lo orgánico, lo sicógeno aisladamente o en forma mixta pueden ser conocidas como etiológicamente responsables, de manera que la anormalidad conductual, puede manifestarse en diversas formas corriendo el peligro al describirla de caer en lo anecdótico, recogiendo sólo una impresión final, que desestima el análisis de la individualidad, lo correcto es enfocar el trastorno de la conducta desde un punto de vista clínicos, partiendo de un análisis fenomenológico del síntoma. La experiencia del autor le ha demostrado que la vivencia puede ser explorada fenomenológicamente desde los 6 años, lo que hace posible reconstruir un cuadro que importa un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento.

Considera poco feliz la denominación de trastorno de la conducta, porque traduce superficialidad y falta de análisis, y no merece categoría sindrómica ni nosográfica, porque es un hecho universal de toda manifestación siquiátrica. Para el

clínico es importante la conducta como trastorno cuando trasciende a lo social pero hay que explicar si esta conducta anómala es provocada por una personalidad psicopática, o una pseudo personalidad psicopática propia del niño (reactiva a una situación mortificante) o si es una psicopatía sintomática secundaria a T. E. C. o post encefálicas, o bien a alteraciones del desarrollo.

De manera que un enfoque clínico del trastorno de la conducta del niño mayor y por proyección a otras edades y anormalidades síquicas de la niñez se justifica por las razones ya dadas y para incorporar estas manifestaciones a la consideración, dominio y resolución médicas, rechazando la participación de otros profesionales no médicos desconocedores de la complementación somática y neurológica en lo síquico, carentes de una exigente formación en estas disciplinas y parceladores de grupos de fenómenos, que en conjunto, muestran irrevocablemente, la unidad somato-síquica del niño.

SUMMARY

THE CLINICAL CONCEPTION OF THE DISORDER OF THE BEHAVIOR

The psychic maturity gives the child an enriched mind which places him into a level of a lesser dependence and makes him fit for life, in society and the different factors which constitute the psychic life: volition, affectivity, intelligence and so on, reach an evolutionary grade which gives way to which allow him to obtain orientations, conclusions and inhibitions which express themselves by the conduct influenced by the somatic differentiation.

When joining the familiar, school and general community, the child will come in front of needs of diverse and progressive complication, and the admission to the world of the adult must be overcome by sacrifices and renouncements. His behavior will be considered to be normal if he shows himself assiduous, enterprising, collaborating, respectful and so on; on the contrary, lackings any of these conditions, he will be considered to be abnormal and disturbed in his behavior.

If the child is considered to be a unity in which the psychic and the somatic influence themselves reciprocally, the be-

havior will be the resultant of different forces which will print a stamp on him that may be orientating for the clinician.

Isolated or mixed, the hereditary, the constitutional, the organic and the psychogenic may be recognized as etiologically responsible, so that the anomaly of the behavior may manifest itself in diverse manners. Describing it, one runs the risk of incurring into the anecdotal by only picking up a final impression which disregards the analysis of the individuality; it is correct to face the disorder of the behavior from a clinical viewpoint starting with a phenomenological analysis of the symptom. The author's experience has shown that the habits may be explored phenomenologically from the sixth year of life, which enables him to reconstruct a picture that implies a diagnosis, a prognosis and a treatment.

The denomination "disorder of the behavior" is considered to be little fortunate since it indicates superficiality and lack of analysis, and it does not deserve the category of a syndrome nor that of nosography since it is a universal fact of every psychiatric manifestation. As a disorder, the behavior is of importance for the clinician when it spreads to the social sphere, but it is to be explained whether this behavior is provoked by a psychopathic personality or by a pseudopsychopathic personality peculiar to the child (and hastened in the presence of a vexing situation) or whether it is a symptomatic psychopathy secondary to a tuberculous or encephalitic disease or rather to alterations of the development.

Surely, a clinical conception of the disorder of the behavior in the late childhood and, by encroachment, of those of other stages of life and of their psychic anomalies is justified by the already given reasons and for the purpose of incorporating these manifestations into the physician's consideration, domain and resolution and of objecting the participation of other, non medical professionals who ignore the somatic and neurologic complementation in the in the psychic sphere, who lack a formation satisfying the needs in these disciplines and who divide the whole into groups of phenomena which, in totality, irrefutably show the psycho-somatic unity of the child.

ZUSAMMENFASSUNG

DIE EINSTELLUNG DER KLINIK DEN STÖRUNGEN DES BENEHMENS

Die psychische Reifung bedeutet für das Kind eine geistige Bereicherung, die es in die Lage einer geringeren Abhängigkeit versetzt und es zum Leben in der Gesellschaft tauglich macht, und die verschiedenen Faktoren, die das Seelenleben ausmachen; Willensäußerung, Affektivität, Intelligenz und so weiter, erreichen einem Entwicklungsgrad, der Raum für eine Lebensführung schafft, die es gestattet, zu Orientierungen, Schlussfolgerungen und Hemmungen zu gelangen, die sich im Betragen ausdrücken, das von der körperlichen Differenzierung beeinflusst ist.

Indem das Kind sich in die Gemeinschaft der Familie, der Schule und der Allgemeinheit einfügt, wird es sich verschieden und fortschreitend komplizierten Forderungen gegenübersehen, und der Eintritt in die Welt der Erwachsenen muss mit Opfern und Verzicht erobert werden. Sein Benehmen wird als normal betrachtet werden, wenn es sich arbeitsam, unternehmungslustig, kameradschaftlich, ehrerbietig und so weiter zeigt; wenn es hingegen an irgend einer dieser Bedingungen mangelt, wird es als abnorm und in seinem Benehmen gestört betrachtet werden.

Wird das Kind als eine Einheit betrachtet, in der Seele und Körper sich gegenseitig beeinflussen, so wird das Benehmen die Resultante verschiedener Kräfte sein, die ihm einen Stempel aufdrücken, der dem Kliniker Hinweise geben kann.

Das Ererbte, das Konstitutionelle, das Organische, das Psychogene können, einzeln oder miteinander vermischt, als aetiologisch verantwortlich erkannt werden, sodass die Anomalie des Benehmens sich in verschiedenen Formen kundtun kann. Bei ihrer Beschreibung läuft man Gefahr, ins Anekdotische zu geraten, indem man nur einen Schlusseindruck aufgreift, der die Analyse der Individualität unterschätzt; korrekt ist es, ausgehend von einer phänomenologischen Analyse des Symptoms, an die Störung unter dem Gesichtspunkt des Klinikers heranzutreten. Die Erfahrung hat dem Verfasser ge-

zeigt, dass die Lebensweise vom 6. Jahre an phaenomenologisch erforscht werden kann, womit es möglich ist, ein Krankheitsbild zu rekonstruieren, das eine Diagnose, eine Prognose und eine Behandlung in sich schliesst.

Die Bezeichnung "Störung des Benehmens" wird als wenig glücklich bezeichnet, weil sie Oberflächlichkeit und mangelhafte Analyse ausdrückt, und sie verdient weder die Kategorie eines Syndroms noch die der Nosographie, weil sie ein universelles Faktum jeder psychiatrischen Manifestation ist. Als Störung ist das Benehmen für den Kliniker wichtig, wenn es in die soziale Sphäre übergreift, aber es muss aufgeklärt werden, ob dieses abnorme Benehmen durch eine psychopathische Persönlichkeit oder durch eine dem Kinde eigentümliche (angesichts einer niederdrückenden Situation reaktivierte) pseudopsychopathische Persönlichkeit hervorgerufen wird, oder ob es eine symptomatische Psychopathie im Ge-

folge einer tuberkulösen oder encephalitischen Erkrankung oder auch von Beeinträchtigungen der Entwicklung ist.

Also: eine klinische Einstellung zu den Störungen des Benehmens des älteren Kindes und von da übergreifend auf die anderer Altersstufen und auf andere psychische Anomalien des Kinderalters rechtfertigt sich aus den bereits angegebenen Gründen und zu dem Zwecke, diese Krankheitserscheinungen in den Bereich dessen einzubeziehen, was der Arzt zu berücksichtigen, zu beherrschen und zu entscheiden hat, und die Teilnahme anderer nichtärztlicher Berufstätiger zurückzuweisen, die die gegenseitige Ergänzung des Körperlichen und des Neurologischen auf dem Gebiete des Psychischen nicht kennen, keine den Ansprüchen Genüge leistende Ausbildung in diesen Disziplinen besitzen und das Ganze in Gruppen von Phaenomenen aufteilen, die in ihrer Gesamtheit unwiderleglich die psychisch-somatische Einheit des Kindes zeigen.

*
* *