



Experto en psicología clínica y psicoterapia infantil



www.isfap.com – info@isfap.com

TEMA XIV. PSICOSIS INFANTILES. AUTISMO

A manera de introducción

La irrupción del psicoanálisis supuso un giro en cuanto al tratamiento dado a los sujetos que eran o habían sido diagnosticados de psicóticos. El psicoanálisis empezó a realizar escritos sobre la psicosis a partir de la primera década del siglo XX. Hasta ese momento, los tratamientos acerca de la psicosis tenían una doble vertiente: La primera, más habitual, maltrataba al paciente psicótico, le hacía responsable directo y total de sus padecimientos y, la segunda alternativa, aquellos otros que tomaban la actitud de irresponsabilizarlo, psíquicamente, de todos sus padecimientos.

De una forma u otra, el resultado conllevaba el aislamiento del paciente. Si era culpable, se lo conducía al ostracismo, a la soledad, con lo cual se profundizaba en una de sus problemáticas (el rechazo primordial de lo Otro: conceptualización muy posterior a estos primeros momentos). Y si era inocente, se lo acompañaba demasiado, con lo cual se ahondaba otro de sus problemas (no poder tomar distancia, independizarse del Otro como otro).

El psicoanálisis plantea que no habría tratamiento posible de la psicosis si no hay un establecimiento de un lazo, vínculo, más allá de cual sea, con un otro. Si hay otro, el psicótico ya no está solo. Se trata de un avance significativo.

No hay crueldad mayor que la locura. Tampoco hay bondad ni amor que puedan contenerla. Es la palabra, la que a través del lazo que se establezca aportará la posibilidad de quitar al psicótico aquello que le sobra.

La cuestión es que no le falta de nada; aquello que sobresale en él es el deseo de una madre todo potente y sin fallas, ya que él mismo se conforma como en aquello de más que la completa.

En el psicótico, el Otro no está fuera del cuerpo de su madre. Por supuesto, tampoco él mismo. En el psicótico hay algo único, completo, inmortal. Es esa unidad, simbiótico donde no hay voz, o si la hay es de ese Otro de forma apabullante, lo que el psicótico se resiste con uñas y dientes (no va a ser fácil “arrancar” (en el doble sentido, de un acto violento donde se le “quita” al Otro, la madre, ese “trozo” y además se le instará al psicótico a que arranque él mismo ya fuera de ese cuerpo del Otro), es a ser arrancado de los brazos de la especie y, por ello, herirlo de tal forma, que por esa herida abierta al inconsciente será sexuado y, por tanto, morirá.



Se trata de la condición de mortal del ser humano. Aquel vacío que introduce en el sujeto como muerte. Esa condición que anuncia que todo ha de terminar algún día, eso es lo que el sujeto forcluye (esto es, rechaza). No es al Otro, porque afortunadamente del lenguaje

se sigue, sino la metáfora que se precipita al sustituir el deseo de la madre por el nombre del padre, o también lo podemos tomar como la inmortalidad por el goce, que desprende al sujeto psíquico de la especie y lo mata.

Definiciones de la psicosis

Abordemos a las definiciones que ha dado lugar el término psicosis.

Feuchtersleben fue quien introdujo el término psicosis en 1845 con el objeto de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (léase psicosis). Aunque si bien es cierto que a pesar de esta distinción aún carece de definición en ese tiempo. Los distintos autores e investigadores devienen de pensamientos y campos distintos. Ban, y Ucha Udabe (1995) señalan que por ello los límites son muy laxos y los criterios de diagnóstico se muestran variables.

Estos autores mentados señalan que “para Jaspers la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana”.

Kaplan, Sadock y Grebb (1994) focalizan tres parámetros para ellos son decisivos en cuanto para delimitar las psicosis: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la psicosis se define como un trastorno primario de la relación libidinal con la realidad, por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista, con tentativas posteriores de reconexión objetal.

La estructura psicótica es una de las salidas posibles (podríamos decir que antes de la muerte alguien se acoge a una forma de existencia que se conforma de forma psicótica) en la estructura del aparato psíquico de un sujeto. Surgiría como colofón de una historia de sucesivos fracasos en los distintos momentos constitutivos del psiquismo humano; el núcleo central estaría significado por el Edipo. Se trata de una perturbación global de la personalidad con resultado de una desorganización total de las funciones del Yo; en ocasiones se sigue de una reorganización narcisística, expresada en la armazón de un mundo propio, desde el cual el sujeto se ubica y vive en adelante.

El anhelo que se mueve en la psicosis sería el de reproducir un estado similar a la simbiosis primaria. Es un lugar donde no existe necesidad de reconocer el objeto, ni tampoco de desprenderse él. Bleger dentro del propio concepto de psicosis, hace estas distinciones:

- 1) la disgregación psicótica
- 2) la restitución psicótica
- 3) la parte psicótica de la personalidad
- 4) la personalidad psicótica

La descripción clínica corresponde con la vivencia de fin de mundo y se produce en el período inicial de la esquizofrenia; es en esta fase se despliega un derrumbe regresivo del Yo.

Se pueden distinguir 5 teorías de la disgregación psicótica:

- a) Freud y Abraham. Teoría de la regresión. Postulan una regresión a la etapa oral primaria sustentada como pre-ambivalente, narcisista y sin objeto.

b) Teoría de la desintegración. Es una teoría de la esquizofrenia donde explica esta patología como una regresión, pero al mismo tiempo con una desintegración o pérdida de la integración o síntesis del Yo. Se basa en la génesis del Yo como proveniente de distintos núcleos que en su inicio funcionan de forma autónoma y que luego se organizan.

c) Teoría de la disociación. Postula una regresión específica. Es a la posición esquizoparanoide con su disociación específica, es decir una separación de fragmentos yoicos aunada a una separación de objetos (malos y buenos)-.

d) Teoría de la fragmentación. También denominada splitting patológico. Despliega que sucede una regresión, ésta no se produce a la posición esquizoparanoide sino a una posición esquizoparanoide anormal, que es patológica, en la cual no se produce una disociación entre el objeto bueno y malo sino “caprichosa”. Tanto Klein, Bion como Rosenfeld le dan importancia en este proceso a la confusión.



e) Teoría de la indiferenciación. Esta postulación nos indica que la regresión se produce a una organización primitiva, donde no es factible la discriminación (desde el otro lado es, la indiferenciación

primitiva de Bleger, 1971).

La esquizofrenia es la psicosis cuyo punto de origen se ubica en las capas más primitivas de la constitución de la personalidad. Es generalmente tomada como la psicosis-tipo.

Muchas veces el término es usado de forma vaga; en Estados Unidos, por ejemplo, tiende a convertirse en un sinónimo de psicosis.

Sin embargo, la noción de esquizofrenia puede precisarse a través de rasgos que definen su propia naturaleza. Los nombramos a continuación, intentando articular cómo se remiten los unos a los otros, con el fin de para componer un modo patológico, en última instancia de existencia.

1) Cuando el enfermo hace referencia a la imagen del propio cuerpo, ya sea consciente o inconscientemente, aparece como un cuerpo troceado. Se manifiesta un despedazamiento de forma clara.

2) En sus palabras, el sujeto deja ver una confusión importante entre significante y significado. Muchos de los “neologismos”, mentados en la literatura psiquiátrica acerca de la esquizofrenia, tienen su origen en este matiz. En esta confusión se inscribe el no-acceso del sujeto al orden de lo simbólico.

3) Es manifiesto la perturbación en la triangulación edípica. El sujeto suplanta al padre, a veces es reemplazado por algún personaje ilustre o fantástico. Tiende a fundirse y a confundirse con el otro progenitor, la madre. Se trata, pues, en realidad, de un pseudo triángulo, que se podrá derivar también en un marco pseudo edípico, en la medida en que la madre mentada no es la madre edípica, sino el Otro. En el caso de la hija, igualmente se comprueba, donde el esquema es el mismo y que no tiene jamás a la madre como objeto edípico (salvo en el caso de un complejo de Edipo invertido, lo cual deviene en armar otro problema).

4) El sujeto manifiesta virtualmente una bisexualidad. Se hace patente el fracaso en con respecto de la diferencia entre los sexos.

5) Particularmente, concurre que el sujeto identifica el nacimiento y la muerte. Postula el nacimiento como de una muerte, y de ésta como de un nacimiento. Es De Waelhens,

(1972) quien señala al respecto: “No he nacido aún”, o bien, “estoy muerto desde hace mil años”.

La postulación de la psicosis en Freud

Sabemos que el núcleo central de la investigación de Freud fue la neurosis, pero no por ello dejó de ocuparse, aunque de otro grado, de las psicosis. El conocimiento que fue armando en el campo de la neurosis, le ayudó enormemente para sus postulaciones acerca de la psicosis.

Su acercamiento al campo de las neurosis, le sirvió para discernir diversos elementos teóricos aproximados sobre esos procesos responsables de la acción de la psicosis. El despliegue de Freud sobre la psicosis se realiza fundamentalmente a partir del año 1924. Si fechamos este dato es en la medida en que es a partir de 1923, en el texto “El yo y el ello”, que desarrolla la segunda tópica del aparato psíquico. Este despliegue conlleva modificaciones en la explicación de la psicosis y demás padecimientos psíquicos.

Al igual que en la neurosis, la psicosis en Freud se remite a un conflicto psíquico. Al respecto indica en el Manuscrito H: “Una vez que la representación obsesiva se ha reconducido a una perturbación afectiva, y se ha demostrado que debe su intensidad a un conflicto, es forzoso que la representación delirante caiga bajo la misma concepción; por tanto, también ella es la consecuencia de unas perturbaciones afectivas y debe su intensidad a un proceso psicológico”.

Ciertamente antes de 1923 ya había formulado varias aproximaciones al entendimiento de las formaciones psicóticas (paranoia, amentia alucinatoria, melancolía, etc.). En cambio, es fundamental la integración de la segunda tópica del aparato psíquico en la medida en que permitía explicar que el conflicto se articulaba entre instancias psíquica.

Freud en “El yo y el ello”, despliega la idea de los vasallajes del yo. Su planteamiento indica que el yo debe responder ante las exigencias de tres amos: el ello, el superyó y

el mundo exterior. Este supuesto permite a Freud dar cuenta de los padecimientos psíquicos a partir del producto de la alteración de los lazos del Yo con cualquiera de las tres instancias a las que se debe.

En “Neurosis y psicosis” (1923), Freud sigue ubicando un lugar de primer orden, etiológico, a la frustración, a la imposibilidad de cumplir los deseos (pulsión) durante la infancia en relación a la precipitación de las psiconeurosis. Señala también que dicha frustración siempre es externa. En cambio, formula que el fenómeno patológico de una psicosis en vez de una neurosis, o viceversa, dependerá de la forma en que el yo se disponga ante la tensión conflictiva en relación a los tres vasallajes. De esta forma, las neurosis de transferencia serían articuladas por un conflicto del yo con el ello, en el cual el yo, al servicio del superyó, reprime unas fuerzas pulsionales que resultan no conformes a la demanda del mundo exterior. Y en la psicosis, el yo se dispone de otra manera: es invadido por el ello (la pulsión) haciendo ruptura con la ligazón con la realidad.

Respecto del delirio, Freud indica que el delirio se ubica en el lugar donde la realidad fue dolorosa, a la forma de un parche. Al articular esta idea, arma al delirio con una función de reconstrucción.

Igualmente señala que no conoce todo el papel que puede llegar a adquirir el superyó, dejando abierta la cuestión que permite en la psicosis desligarse del mundo exterior.

En “Neurosis y psicosis”, Freud postula la pérdida de la realidad solo para acercarse a la explicación de la psicosis. Posteriormente, la añadirá también para la explicación sobre las neurosis.

Freud en su artículo “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis” sigue dándole vueltas a la alteración de la ligazón con la realidad en la psicosis y a la pérdida de la

realidad en la neurosis. En esta época sigue manteniendo el hecho de que lo decisivo en la neurosis es la determinación del influjo objetivo, y en la psicosis la del ello.

Si bien hasta el momento “La pérdida de realidad estaría dada de antemano en la psicosis; en cambio, se creería que la neurosis la evita”, Freud inicia el cuestionamiento de este supuesto señalando que en toda neurosis hay una pérdida del vínculo del sujeto con la realidad.

Freud formula que, tal como sucede en la neurosis, se dan dos pasos: 1) el yo es arrancado de la realidad y 2) el yo intenta reparar el vínculo con la realidad sustituyéndola por otra nueva, más soportable que la primera.

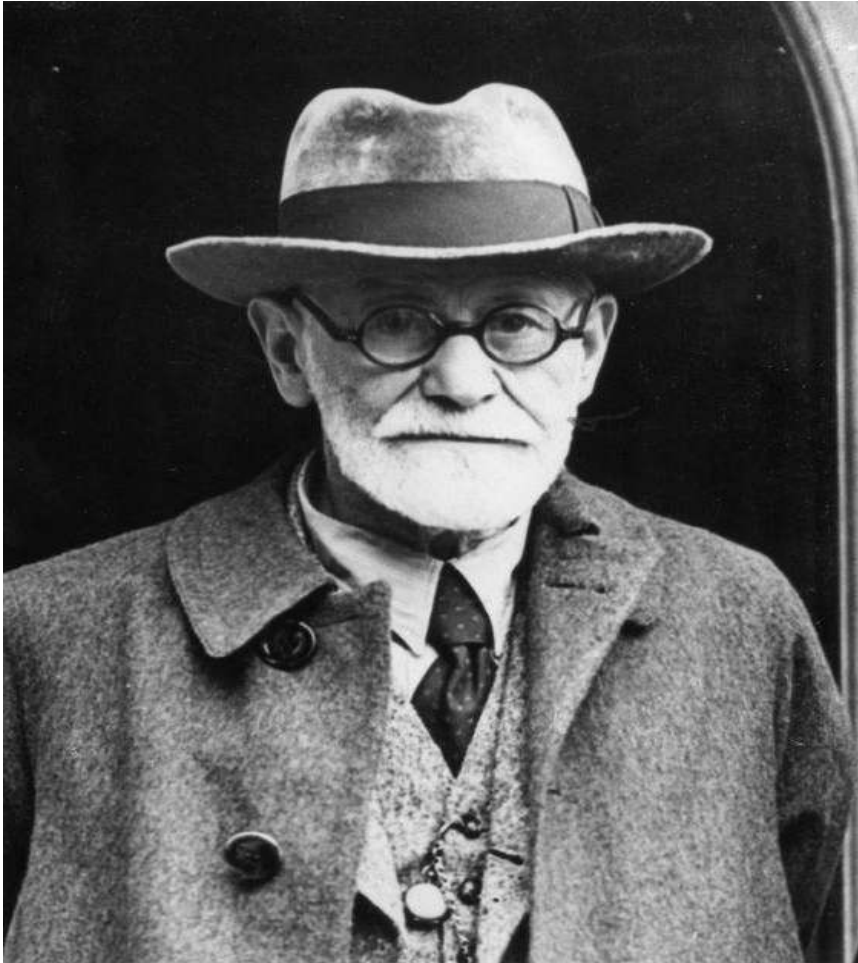
El primer paso pone en juego el conflicto entre el yo y la realidad en la psicosis. Y en el segundo paso marca una diferencia entre la psicosis y la neurosis, en la medida en que en la neurosis se debilita el vínculo con un fragmento de la realidad, pero no se intenta sustituir completamente por una realidad nueva, sino más bien que el deseo de sustituir la realidad se ubica en el campo de la fantasía.

Otra diferencia importante consiste en que en la neurosis no participan los fenómenos de la alucinación (que serían las percepciones asimilables con la nueva realidad).

A pesar de todo este esfuerzo desde la psicosis, el intento de reparación del nexo con la realidad, a través de la apostilla creada, no es exitoso. La nueva realidad es siempre inadaptable. La distinción entre neurosis y psicosis queda reflejada en el siguiente fragmento: “la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla.”

Freud deja en suspenso la posibilidad de que en la psicosis también se pueda recurrir a la fantasía como material para la nueva realidad sustituta. Por último, Freud plantea que en

la psicosis la realidad es reconstruida a partir de lo que queda vínculo que tenía (huellas mnémicas, representaciones, etc.)



En 1938, Freud escribe su texto “La escisión del yo en el proceso defensivo”. En ello, hace mención al caso de la psicosis, sin describir claramente cuál es la escisión del yo que tiene lugar en ésta.

Es en otro texto, “Esquema del psicoanálisis”, en donde postula contundentemente que la escisión

psíquica en la paranoia consiste en que, por un lado, el yo acepta la realidad objetiva, y por el otro, bajo la influencia del ello, se deshace de ella. También en este mismo texto, señala una referencia a los estados de curación que puede presentar un sujeto psicótico: Las dos posturas psíquicas que se dan en la escisión del yo conviven juntas. El desenlace estará en relación de la potencia que desplieguen ambas; si la segunda deviene a ser más poderosa, estará dotada la condición de la psicosis. En cambio, si la proporción es inversa, se producirá una curación aparente de la enfermedad delirante si bien en la realidad efectiva solo se ha retrotraído a lo inconsciente. Las observaciones indican que

el delirio ya estaba conformado y preparado desde tiempo antes de precipitarse manifiestamente.

Señalaremos finalmente, el señalamiento de Freud acerca de su última concepción del conflicto subyacente en la psicosis. En este postulamiento, del conflicto entre instancias, incluye ya al superyó como otra fuerza extremadamente exigente que conmina al yo a modificar (o a cancelar) su ligazón con la realidad.

A manera de conclusión, señalamos que la concepción de psicosis en Freud no alcanzó una modificación importante desde sus primeros trabajos pre-analíticos. Siempre sostuvo que es el producto de un conflicto intrapsíquico en el que el yo se defiende de otras fuerzas. El cambio, como hemos indicado más arriba, se perpetró cuando Freud, posteriormente, fue articulando las instancias psíquicas que participaban en una dinámica, además de los papeles y funciones que estas instancias ponían en juego en cada malestar psíquico, haciendo diferencia poco a poco de forma las neurosis de las psicosis.

Psicosis infantiles

La psicosis del niño ocupa desde el marco de la paido-psiquiatría, el lugar que a principios de siglo XX ubicó la debilidad mental. Primero fue ignorada, para pasar a ser negada y posteriormente la frecuencia de la psicosis infantil se ha ido incrementado hasta el punto de constituir, para algunos psiquiatras, un diagnóstico frecuente. Al igual que lo fue con la idiocia, la imbecilidad y luego la debilidad, la psicosis ha tenido una evolución en su semiología y ha cambiado su marco teórico.

Atendemos a la distinción entre ciertas formas o mejor, presentaciones clínicas (prepsicosis y parapsicosis). El concepto de psicosis infantil ha tenido una evolución similar al de la demencia precoz de Kraepelin, y posteriormente al de la esquizofrenia

de Bleuler. En cualquier caso, no podemos trasladar el marco de la psicosis del adulto al del niño, esto conlleva un error importante en:

1. La dificultad de integrar en el niño el concepto de demencia, en tanto implica una organización psíquica que ya se ha desarrollado en su momento.
2. La poca frecuencia, si no ausencia, de delirio crónico en el niño. Ello sustenta que las primeras descripciones de psicosis infantiles (demencia precoz de Sante de Sanctis en 1905 o demencia infantil de Heller en 1906, según el modelo de la demencia precoz, o esquizofrenia infantil de Potter en 1933 y de Lutz en 1936, que se basaba en el marco propuesto de la esquizofrenia de Bleuler) llevasen a una dirección sin salida, en tanto que cuanto más rigurosamente se había copiado la patología adulta, tantas pocas similitudes se encontraban. Es importante indicar que la historia de las psicosis infantiles arranca desde la introducción del autismo por Kanner (1943).

Estudio clínico de las psicosis infantiles

Intentaremos abordar las conductas evocadoras de psicosis infantil, en la medida en que la clínica el entorno de la familia y el psicólogo son advertidos por algunas de dichas conductas. es importante clarar que no son patognomónicas. Algunas de ellas no se precipitan en el desarrollo llamado normal, otras son la persistencia de un comportamiento normal, común en un estadio anterior. En todos los casos, la presencia de ciertas conductas en su estado de persistencia, de agravación o de la aparición de otros tipos patológicos deberían advertir al profesional de la importancia de ello. Vamos a abordar algunas de estas conductas.

Aislamiento-Autismo. Se observa con mucha frecuencia en las psicosis infantiles. Manifiesta la incapacidad del niño para establecer un correcto sistema de comunicación con su ambiente. Específicamente es característico en el autismo precoz de Kanner, el aislamiento que puede darse muy tempranamente.

En el curso del primer año de vida, la anamnesis puede hacer presente rasgos de conducta, cuya existencia, en la actualidad del caso, podría advertir rápidamente al profesional. Las descripciones los niños autistas por sus madres indican que son particularmente tranquilos, que viene a ser, “fáciles”: no demandan nada a nadie, se expresan poco (o nada) y parecen estar bien cuando están solos.



Ante la presencia del adulto se muestran indiferentes. No hay presencia de actitudes anticipatorias, esto es, no giran la cabeza hacia la madre cuando entra en su habitación. Tampoco muestran agitación o realizan movimientos corporales cuando se les va a coger en brazos (tampoco se van hacia ellos). El tono dinámico se halla modificado; el “diálogo tónico” no existe; esto viene a indicar que cuando se les coge se tiene la impresión de peso muerto, como un saco de harina (en realidad es un muerto...). Hay ausencia de sonrisa (tercer mes) y también una ausencia de reacción de angustia ante la persona extraña (sobre el octavo mes).

En el curso del segundo y tercer año el autismo es ya evidente. No hay contacto con el entorno (la madre está incluida). La madre habitualmente informa de que tiene la

impresión de no ser “reconocida” como tal por su hijo. La mirada del niño es vacía, ausente, difícil de fijar en un rostro de otro. Sin embargo, se pueda dar una vigilancia extrema, con “una mirada periférica”. Es decir, el niño autista observa al adulto “de reojo”, bajo la condición de que él mismo no se sienta observado.

Rechaza el contacto físico; en el mejor de los casos, cuando éste se establece, tiene un matiz extraño. Aparentemente, el niño no se interesa más que por una parte del cuerpo del adulto (pelo, orificios, rodillas, pie, etc. o también se sirve del adulto como de un instrumento). La actitud que despliega es el de no reaccionar ante la marcha de los padres, no llora, tampoco ante la irrupción de personas que no conozca.

El niño autista utiliza los objetos de forma parcial y extraña, no simbólica, mediante manipulaciones repetitivas y movimiento de peonza (estereotipias). A la vez, los objetos que atraen su interés son extraños: objetos duros, sonoros, de forma compleja, trozos de un objeto (véase un muñeco mecánico al que se da cuerda indefinidamente, o también rueda de cochecito que gira incesantemente, etc.). El niño puede vincularse a un objeto exclusivo; pero indiquemos que no tiene las mismas connotaciones que el habitual muñeco de peluche al que otros niños aprietan junto a sí alcanzar el sueño.

En el texto de Ajuriaguerra "Psicopatología del niño" se describe el “signo del cubo que quema”: el niño acerca lentamente la mano al objeto y cuando lo alcanza a tocar, lo retira bruscamente. Los muñecos y las figuras humanas pueden precipitar su agresividad. Su presencia puede desencadenar en el niño cierta violencia como arrancarles la cabeza a los muñecos.

Son casi inexistentes o con poco sustento, en todo caso, las relaciones con otros niños, o en otros casos pueden determinarse como manipulativas de la misma forma que con el adulto. Tampoco el juego es su fuerte., ante el cual suele mantenerse indiferente. Son estas actitudes las que convocan a las madres a señalar a su hijo como un “niño bueno” al que fácilmente se le puede dejar en cualquier rincón de la casa, no "molesta" . Puede

darse que, al menos en el inicio del contacto, que cualquier aproximación de cualquier otro pueda conllevar un enardecer de las conductas "particulares", o pueda hacer emerger crisis de ira violentas, tanto para por fuera del niño como para su propio interior, vueltos hacía sí mismos.

Conductas motoras. Las anomalías tónico-motrices que se observan y describen de los niños psicóticos son numerosas. Indicamos algunas.

- Comportamientos motores específicos. Las estereotipias motrices. Se produce con frecuencia. Son movimientos repetitivos, rítmicos, absorto el niño en ellos. Muchos de esos movimientos se producen con los dedos o con la muñeca. A veces con la cara, los labios o la lengua, y también puede verse realizado en la marcha (sobre la punta de los pies, tal cual una bailarina). Una de las conductas a señalar por su especificidad es el olfateo. El niño huele objetos, personas y hasta los alimentos.



- Anomalía tónica, hipotonía generalizada, particularmente postural. No hay “diálogo tónico” entre el niño y su madre. Las distonías y paratonías son frecuentes. La catatonía

es rara (postura corporal congelada), pudiendo observarse en las psicosis de la segunda infancia.

- Gestualidad inhabitual. Por ejemplo, la realización de un juego que no termina de las manos ante los ojos, que se puede producir a partir de los 5-6 meses, pudiendo mantenerse durante mucho tiempo. el andar se adquiere dentro de los cánones normales e incluso antes de lo habitual.

- Inestabilidad. Se presente frecuentemente, sobre todo en las psicosis precoces no autistas. Son niños se encuentran agitados; su actividad es constante: se suben a las mesas, a los muebles etc. Se pueden producir golpes con los muebles, pero los daños no conllevan ni el llanto ni protesta. Esto nos indica la endeble integración del esquema corporal. Por el contrario, comprobamos, una inhibición motriz masiva, adjunta a la torpeza gestual, realizando movimientos lentos cuando se precisa la conjunción de movimientos musculares para hacer una acción (por ejemplo, atarse los cordones).

Trastornos del lenguaje. Totalmente habitual en las psicosis infantiles. Cuanto más precoces más se van a producir.

Puede producirse una ausencia total del lenguaje (en los casos del autismo relatados por Kanner). Son niños silenciosos que emiten ruidos extraños y estereotipados; por ejemplo, rechinar de dientes, gritos agudos, imitación de sonidos mecánicos, sonidos desgarrados.

En otros niños, el lenguaje emerge tardíamente, más allá de los 4-5 años. Y se precipita de forma anárquica; puede articular bien bloques de frases enteras, pero en cambio no repite un simple fonema. Inicialmente puede precipitarse un lenguaje que no es posible comprender.

Como forma de repetición, puede darse el canturreo. El niño puede ser capaz de retener las palabras de una canción, y añadir que no habrá ningún otro lenguaje complementario o suplementario. También el niño podrá repetir de forma involuntaria palabras, frases, diálogos que ha escuchado previamente tanto en personas de su ambiente como por medios mecánicos como la radio o la televisión (ecolalias).



En los niños en el que el lenguaje existe, el retraso y los trastornos de la articulación se darán, aunque no presentados de una forma constante.

Tienen dificultades en la utilización de los pronombres (sobre todo el "yo" que es sustituido por el "tu",

o por la forma impersonal).

La adquisición del "sí" es compleja o rara que la alcancen. Se dan también estereotipias verbales, neologismos extraños y verbalismo solitario. El niño psicótico puede utilizar palabras que recogen condensadamente aquello que se significa en una fase; o también palabras que agrupan un conjunto relacional ("palabras-maleta").

En los casos en que se puede precipitar un lenguaje satisfactorio, paralelamente puede concurrir un ejercicio de regresión, que puede darse en un continuum de la desaparición de ciertas palabras hasta alcanzar el mutismo (secundario). Y sobre todo cuando la evolución psicótica se precipita en la segunda infancia (de seis a doce años).



En casos menos frecuentes, se describe una exacerbación del lenguaje. El niño exhibe un gran dominio verbal. Por ejemplo, puede aprender páginas del diccionario, listines de teléfono, lenguas extranjeras, etc. Lo significativo de todo ello, es que el lenguaje no tiene la cualidad de función comunicativa (no hay placer

en ello). Sigue produciéndose indiferencia ante el lenguaje del otro. Se da la falta de atención del niño cuando se indica su nombre, es decir, no se reconoce como tal. Sigue describiéndose como importante la "comprensión periférica" haciendo una analogía con el ver periférico (el niño puede tener la vista fija en un sitio y, en cambio, tantear, "ver", lo que hay alrededor suyo, de forma periférica). Si un adulto, le solicita a un niño, no psicótico, una tarea, esta puede ser realizada por el niño psicótico.

Trastornos de las funciones intelectuales. Con frecuencia podemos tomar constancia del déficit intelectual. Este déficit es variable, de la misma forma que el desarrollo y despliegue del mismo.

Anthony ha señalado evoluciones “emergentes” con mejora del CI; también evoluciones “regresivas”, “estáticas” o “simbióticas”. Estas tienen como característica la variabilidad del nivel en función del evaluador y la calidad del acercamiento.

Hay funciones específicas tales como la organización espacio-temporal, rítmica, etc. que pueden verse alteradas, de forma no organizada, con cierto nivel de éxito. Es pertinente indicar la dificultad en la integración del esquema corporal. Les podemos solicitar un dibujo y comprobaremos la pobreza de calidad; por ejemplo, un muñeco pequeño, sin piernas, con el cuerpo mutilado, no hay proporcionalidad en las partes del cuerpo, o incluso la ubicación de las partes del cuerpo humano están desplazadas de su sitio original.

Existe una contradicción que es preciso comentar sustentada por los psiquiatras, aquella de que solo los niños inteligentes pueden ser psicóticos; luego, entonces, los otros son deficientes. Y esto, en la etiopatogenia no se cumple de esta forma.

Trastornos afectivos. Además del autismo, que hemos aislado por razones de docentes, son habituales los trastornos afectivos. Se informa de:

- Oscilaciones rápidas del humor. Niños que sin una razón clara se disponen en fases de tristeza o llanto, o simplemente de seriedad con actitudes de inhibición o postración motriz, fases de exuberancia, risas y agitación motora.
- Crisis de angustia aguda. Estas se pueden manifestar o precipitarse después de frustraciones mínimas, o tras una transformación espontánea del entorno (por ejemplo, un cambio de lugar de un objeto, o cambio de estética de uno de los padres). Acontecen cuando el niño se encuentra solo o también cuando se intenta forzar su aislamiento y establecer un contacto. La angustia es masiva y de ello se sigue una ruptura en la continuidad psíquica del niño, quien puede vivenciar un sentimiento de estallido o de aniquilación. Estas crisis frecuentemente van a ir acompañadas con crisis de agitación y también ciertas manifestaciones de ira auto o hereoagresivas.

- Crisis de risa. Cercanas a la hilaridad discordante del adulto. Son gritos o quejas brutales, sin aparente relación con el ambiente.
- Crisis de cólera, de intolerancia a la frustración. Se pueden dar automutilaciones; Pueden ser reacciones frecuentes.

Señalamos a las fobias aquellas que tienen una presentación en apariencia extravagantes, tales como la fobia a los ruidos, siendo extensiva y cambiante. Se presentan con asiduidad en las psicosis de la segunda infancia.

En cuanto a los rituales pueden ser múltiples y variados. Las conductas estereotipadas se aproximan a los rituales. Se han informado de rituales al acostarse, de limpieza, también de verificación, de contacto, y, por fin, de ordenamiento, etc.

En cuanto a los delirios en el niño diremos que no son habituales. Es excepcional antes de los diez u once años. La existencia de delirio confirma en todo momento distorsiones importantes en el reconocimiento del Yo y del otro, del mundo real y del imaginario. La temática delirante se focaliza sobre el cuerpo (cercana a las preocupaciones hipocondríacas delirantes), o bien retoma los asuntos evocados en el ambiente (como por ejemplo temas cósmicos, basados en las series televisivas, el mundo dentro de 50 años...). En ocasiones se describen en estos niños ideas persecutorias, cuanto más pequeño es el niño tanto menor será su construcción.

En cuanto a las alucinaciones son difíciles de comprobar. Podemos observar que algunos niños pueden tener actitudes de escucha o interés especial por algo, que incluso se hacen eco de alucinaciones auditivas o visuales. Ciertamente la posibilidad de poner en diferencia la alucinación, o percepción sensorial sin objeto, y de una actitud soñadora autista no resulta fácil en un niño pequeño.

Trastornos psicósomáticos y antecedentes somáticos. En este apartado nos referiremos al conjunto de conductas en las que se pone en juego el cuerpo del niño, ya sea en lo que atañe a los trastornos psicósomáticos como a lo que incumbe a episodios orgánicos.

Los trastornos del sueño son muy habituales. Son de dos tipos. En el insomnio tranquilo el bebé mantiene los ojos muy abiertos en la oscuridad, no duerme, sin manifestar ni demandar la presencia de la madre. Este tipo de insomnio es muy concreto y evocador. En cambio, en el insomnio agitado, el niño grita, se mueve, chilla, no se calma durante horas, y cuya duración puede alcanzar varias noches. Estos insomnios se precipitan en el primer semestre de vida. Su duración es variable, pudiendo manifestarse durante meses y también años.

Con frecuencia también se precipitan de forma precoz los trastornos alimenticios. Sus manifestaciones son: succión deficiente, rechazo del biberón o del seno, anorexia, vómitos repetidos, etc. También emergen desde el primer semestre.

De los trastornos esfinterianos (enuresis, encopresis) pueden ser primarios o secundarios, permanentes o intermitentes en dependencia del ritmo de los momentos evolutivos, en cuanto a las fases de ansiedad o las separaciones. Es frecuente el retraso en cuanto a la adquisición del control, aunque en algunas ocasiones, la adquisición del control puede ser muy precoz (incluso esta adquisición muy precoz puede ser demandada por la madre)

Más allá de las deficiencias de naturaleza psicósomática de que se trate, su aparición en un período desusado en relación con trastornos banales, su intensidad, o su fijación y su persistencia son elementos que deben de servir para advertirnos.

Algunos niños psicóticos parecen tener una excelente salud física (no enferman), la existencia de antecedentes patológicos es bastante superior a la observada en una población denominada normal. Podemos indicar sobremanera, la frecuencia de deshidrataciones agudas (apuntada por el equipo de Dardenne). También existen un índice alto de factores de vulnerabilidad; por ejemplo, embarazo difícil, prematuridad, patología neonatal, etc.

Agrupación de conductas. Otro de los aspectos que se estudian en las psicosis infantiles son los rasgos de comportamiento en agrupaciones, que son conjuntos estables y que muestran una coherencia (plano sindrómico).

En primer lugar, señalaremos, una numerosa terminología que confunde y oculta frecuentemente realidades clínicas similares o idénticas. La dificultad de este plano de estudio radica en su diversidad, y en la ambigüedad gnosográfica que aplican los autores.

Es cierto que puede existir una cierta cohesión entre los diversos autores cuando se refieren a un comportamiento dado (estereotipia, automutilación, trastornos alimenticios, etc.) pero cuando ya se trata del aislamiento y de la observación los datos se muestran dispares. El modelo médico nos indica que un síndrome es un conjunto de conductas que se correlacionan de forma regular las unas con las otras, permitiendo un lugar donde se transmitan las hipótesis teóricas del autor en curso. Por lo tanto, lo que ocurre es un tanto tautológico en la medida en que las explicaciones teóricas informan de un síndrome que ha sido aislado, pero bajo las premisas de dichas teorías. Por ejemplo, la psicosis simbiótica de M. Malher.

Tampoco indica directamente que estas postulaciones sean falsas (en el caso al menos de Mahler) en la medida en que el valor heurístico de la psicosis simbiótica justifica su aislamiento por sí mismo. En cualquier caso, lo que queremos indicar es el artificio que conlleva la discusión gnosográfica. Estos esquemas gnosográficos no son otra cosa que

la expresión donde subrayamos algunos de los datos observados (del orden semiológico, evolutivo, psicopatológico o acaso etiopatogénicos, etc.) con el objeto de conferir al campo semiológico una cohesión que no tiene.

Por ello, la agrupación que recogeremos en este epígrafe conllevará una cierta arbitrariedad, que se manifiesta en la clínica a través de la multiplicidad de las formas limítrofes; por ejemplo, disarmonía evolutiva de cariz psicótico, para-psicosis, pre-psicosis, trastornos graves de la personalidad, etc.

También señalamos que todos los autores confirman la existencia de formas intermedias en el propio seno de su clasificación. Por ello, la mayoría de autores se muestran de acuerdo en realizar la distinción entre psicosis precoces y psicosis de segunda infancia (de entre seis y doce años). Otros las denominan a las concurridas en este periodo cronológico con el nombre de “psicosis de la fase de latencia o de la edad escolar”.

Malher	Tustin	Duche-Stork	Diatkine	Mises	Lang
Autismo Infantil patológico	Autismo primario anormal	Autismo Infantil precoz	Autismo de Kanner	Psicosis autista	
Psicosis Simbióticas	Autismo secundario encapsulado	Psicosis de Desarrollo	Psicosis precoces	Psicosis de Manifestación deficitaria	Disarmonía. Monia evolutiva

	Autismo Secundario Regresividad		Prepsicosis	Disarmonía evolutiva de Estructura psicótica	parapsicosis

En el plano clínico, abordaremos:

1. Psicosis precoces.

a) Autismo precoz de Kanner

b) “Otras” psicosis precoces.

2. Psicosis de la segunda infancia.

1. Psicosis precoces

A. Autismo precoz de Kanner. El término se debe a su autor, Kanner en 1943. Este autor realiza una única agrupación semiológica en la cual coinciden la mayoría de los autores. La coincidencia es acerca del síndrome clínico del autismo, en cambio ya no hay consenso respecto de la etiología del proceso.

Para los psiquiatras infantiles, el autismo de Kanner ha desplegado la posibilidad de enfrentamiento con respecto de diversas posiciones teóricas (desde las orgánicas, pasando por las psicogenéticas y alcanzando también a las sistémicas). La pasión y la vehemencia que han envuelto estos enfrentamientos han ocultado el propio valor de las discusiones. Abordaremos solo el síndrome clínico.

-Epidemiología. El autismo de Kanner sigue presentándose como una afección rara. Su frecuencia se data en 0,5 a 4/10.000, en dependencia del rigor con que se defina; la media es de 1/10.000. Se informa sobre un predominio de los varones, cercano a tres de cuatro por cada niña.

-Clínica. Su inicio es precoz. La madre describe conductas desconcertantes desde los primeros días. Es frecuente que el síndrome pueda ser observado durante el segundo o el tercer semestre siendo evidente a partir del segundo año.

Está ligado con:

1. Autismo o aislamiento o soledad (aloneness).
2. Inmutabilidad (sameness). Se podría traducir por “identitud”. Es la necesidad imperativa experimentada y articulada por el niño de mantener su ámbito siempre idéntico.
3. Ausencia de lenguaje.

Nos detendremos en la inmutabilidad, “identitud” (sameness).

La inmutabilidad indica la necesidad imperativa (y ansiosa) del niño autista de conservar su ámbito de la misma manera; los objetos deben estar en un mismo lugar, tener un mismo aspecto y el mismo orden.

Podemos poner ejemplos de ello: el interés por hacerse con objetos muy dispares, siempre reunidos de idéntica manera, y la afición por los puzzles. Junto a estos rasgos, Kanner afirma que: “su rostro llama la atención por su inteligencia”.

Esta reflexión es subjetiva, pero deja ver claro el “eumorfismo” habitual en estos niños. También es frecuente que tengan una buena salud (entrar en la enfermedad es equivalente a la introducción de lo mortal). El desarrollo motor se encuentra en contraposición a sus dificultades para contactar.

Destacamos de entre las manifestaciones de niños autistas, el alto umbral ante los



estímulos dolorosos o nociceptivos (el calor y el frío). Los autores aceptan reconocer la existencia precoz de una alteración de la capacidad de comunicación del bebé y del niño pequeño autista con su ámbito más cercano.

Presentan una ausencia de capacidad de reconocimiento y de discriminación de emociones (no discrimina la mímica facial), cuestión que también se deja ver en las características de artrofonación del lenguaje (Ajuriaguerra, “Psicopatología del niño”).

En sus primeras informaciones sobre el autismo infantil, Kanner describió un tipo concreto de constelación familiar: nivel socioeconómico alto, padres intelectuales, fríos, distantes, con determinación en tendencias obsesivas. Hay que señalar que dichas características se deben, en una medida significativa, al sesgo propio debido a la población de estudio de Kanner.

En la práctica real, el autismo precoz se encuentra en todos los niveles socioculturales. Las características de los padres son inciertas en la medida en que se da la afectación de autismo en niños dentro de una fratría; el niño autista es el único niño perturbado entre los hermanos. La precocidad de los trastornos puede precipitar reacciones extrañas en el contexto que le rodea, fundamentalmente en la madre.

-Evolución. existen dos factores que cuentan con un valor predictivo, verificado a través de las estadísticas:

1. Existencia de un cociente intelectual superior a 50 (indicado por Rutter), que puede mantenerse, al parecer, mientras que, en caso contrario, se describe el descenso progresivo de la eficiencia relativa.
2. Ausencia de lenguaje. Kanner indica que una vez traspasada la barrera de los 5 años, es progresivo el aumento del riesgo de la persistencia del niño con respecto de su aislamiento autista.

En conjunto, el pronóstico evolutivo se desarrolla de la siguiente forma:

1. Alrededor de la mitad de estos niños, no evoluciona. El autismo permanece en su intensidad, el lenguaje no se adquiere y el funcionamiento cognitivo es pobre. En la medida en que crece, el niño evoluciona hacia un retraso grave con algunos rasgos concretos: estereotipias, algún tipo extraño de comportamiento, desarrollo relativo en algún sector muy limitado, etc.
2. El resto de los niños señalados tiene la posibilidad de adquirir el lenguaje o acaso un inicio de lenguaje. Un mínimo de funcionamiento cognitivo pone dique a una evolución deficitaria grave. La sintomatología se manifiesta frecuentemente con trastornos del comportamiento, rituales, etc. En dichos casos, es difícil realizar la distinción entre estos autismos precoces y las otras psicosis infantiles que se precipitan más tarde.
3. Son escasos los casos de niños que adquieren la posibilidad de acceso a un nivel de autonomía que ayude a la inscripción tanto escolar como profesional.

-Escala de evaluación. Algunos autores han intentado realizar escalas de evaluación del autismo infantil de acuerdo con el aspecto clínico. Su fin ha sido obtener una mayor uniformidad de diagnóstico y el acceso a la posibilidad de comparación entre investigaciones llevadas a cabo por equipos distintos, al igual que acceder al conocimiento de la evolución del niño a través del tiempo. Respecto a las escalas, señalamos a Polan y Spencer, Lotter, Rutterberg, de Lelord y de Sauvage.

B. Otras psicosis precoces. Se distinguen del autismo de Kanner en la medida en que sobrevienen después de un período de desarrollo normal en apariencia. El inicio se data de dos años y medio-tres a cinco o seis años. Se dan más que el autismo de Kanner, ya que en su estricta delimitación clínica no implica más que a un 10 % de las psicosis precoces.

-Elementos clínicos. La variabilidad semiológica es extrema. Las conductas descritas que ya hemos descrito más arriba pueden ligarse de forma diversa. Las citamos, sin describirlas:

1. Crisis de angustia.
2. Perturbaciones motrices (inestabilidad mayor o inhibición).
3. Rituales defensivos.
4. Trastornos del lenguaje y de la voz.
5. Trastornos psicosomáticos.
6. Frecuente labilidad afectiva.
7. Existencia de una catexis deficitaria de las funciones cognitivas.

Como es ya conocido, cada autor sugiere una reunificación de estos síntomas significando uno u otro en dependencia del punto de vista psicopatológico que postula.

Por ejemplo, M. Malher (“Psychoses infantiles”) señala “la psicosis simbiótica”: “los niños del grupo simbiótico raramente presentan trastornos de conducta durante el primer año de vida, salvo quizá trastornos del sueño ... Las reacciones (patológicas) se manifiestan durante el tercer o cuarto año. Es como si el crecimiento madurativo de la coordinación motriz, que lleva inherente el desafío de la independencia, provocara una ruptura con la realidad. Podemos observar la irregularidad en el crecimiento y la vulnerabilidad del Yo ante la más mínima frustración. La anamnesis de estos niños evidencia reacciones

extremas ante pequeños fracasos; por ejemplo, dejan de andar durante meses porque cayeron una vez”.

El fragmento señalado muestra que los síntomas son descifrados en función del presupuesto teórico que, a su vez, sirve para organizar el cuadro clínico. De esta forma, el desarrollo de la psicosis simbiótica se informa como una sucesión de manifestaciones afectivas ambivalentes: búsqueda imperativa de contacto afectivo con el otro que fácilmente adquiere un cariz de simbiosis como reacción ante la angustia y de huida (ambivalencia) ante la amenaza significada por la absorción. Esta ambivalencia de los afectos es muy significativa. El niño puede morder y calmarse al mismo tiempo, acariciar y destruir, etc.

Por su parte F. Tustin argumenta sus investigaciones y sus clasificaciones en el estudio de la conducta autista y sus funciones defensivas. Informa de tres tipos de autismo:

1. Autismo primario anormal. Es una prolongación del autismo primario normal. Se encuentra fundamentalmente en los casos de carencia afectiva grave (coincidiría con el hospitalismo descrito de Spitz).
2. Autismo secundario de caparazón (ASC). El niño forma una defensa alrededor de su Yo, tal cual se tratase de un crustáceo. La huida es, por tanto, extrema. Esta expresión clínica del ASC es cercana al autismo infantil típico articulado por Kanner.
3. Autismo secundario regresivo (ASR). Su característica se centra en una la regresión protectora. Es planteado así por el niño como defensa ante el terror experimentado ante el no-Yo. Los mecanismos que se utilizan en este cuadro son la fragmentación, la dispersión y la escisión. Las vivencias internas y externas se experimentan de forma confusa. Se ubica en proximidad a “otras psicosis precoces” o también a la esquizofrenia infantil postulada por L. Bender.

Los autores franceses que se han ocupado del tema el ámbito ponen el acento en las relaciones entre la organización psicótica y las manifestaciones de la serie deficitaria. Tenemos os trabajos de Lang y de Mises que se dirigen concretamente a clarificar estas relaciones recíprocas. Mises aísla “las psicosis precoces con manifestaciones deficitaria”; se caracterizan por un nivel bajo de eficiencia. No se trata de un criterio muy distante al de Kanner, quien sostenía la debilidad de la eficiencia.



La cuestión de focalizar la atención al déficit parece indicar que tiene un doble origen: la forma en cómo se ha seleccionado la población estudiada, esencialmente institucional, y, por otro lado, el lugar importante que

siempre ha tenido ocupados a los franceses el tema de la debilidad. Esto, ciertamente, condiciona la investigación psicopatológica que se realice en tanto en cuanto se dan los presupuestos orgánicos implícitos.

Podemos considerar que se articula una estrecha interacción entre la catexis de los procesos secundarios y la de los procesos cognitivos. Es decir, cualquier dificultad en la evolución satisfactoria de alguna de estas áreas va a hacerse sentir implícitamente a la otra y viceversa.

El mérito de autores como Mises o Lang se confirma tras haber clarificado la reciprocidad entre los factores de la serie deficitaria y los factores de la serie psicótica. Esta constatación de un déficit mental no debe anular o limitar la búsqueda del clínico ajustándola solo a la investigación etiológica, sino que debería sugerirle para evaluar el papel psicopatológico de dicho déficit en el interior del funcionamiento mental.

En el plano clínico son factibles todas las combinaciones sintomáticas: desde el cuadro dominado por el polo deficitario hasta el que pasa por las perturbaciones de relación y afectivas de tipo psicótico. Si disponemos en aislar un cuadro gnósográfico de forma muy estricta conllevará una producción ficticia y aleatoria.

C. Las formas “límitrofes”. En este apartado lo utilizaremos para desplegar el amplio campo de patología “intermedia” entre las formaciones neuróticas y psicóticas. En todos los casos, el vínculo con la realidad parece en parte preservado; pero la naturaleza de las relaciones establecidas, los mecanismos defensivos y la experimentación fantasmática acercan todas estas formas a las informadas sobre las psicosis infantiles

Se ubican en este campo:

1. Disarmonías evolutivas de cariz psicótico.
2. Distimias graves
3. Prepsicosis.
4. Parapsicosis.
5. Organizaciones caracteriales graves.

Psicosis de la segunda infancia

Abordaremos las psicosis del niño, que se hacen valer desde los cinco o seis hasta los doce o trece años. Son menos frecuentes que las psicosis precoces.

Algunas de ellas podemos tomarlas como prolongación de la forma precoz, incluso después de una infancia en principio normal. Esta normalidad está cogida con “pinzas”. La historia clínica nos dejar ver frecuentemente algunos signos que dan fe de una distorsión precoz en una u otra de las líneas madurativas; por ejemplo, anorexia precoz y rebelde, trastornos del sueño, etapa de extrema ansiedad a la escuela infantil, docilidad

y sumisión excesivas, acompañados en muchas ocasiones de rituales obsesivos persistentes, etc.

Es frecuente que estos signos no sean suficientemente evaluados ni por la familia ni por el médico. La existencia de un acontecimiento externo puede ser significada por los padres como un elemento desencadenante, a la vez que la reconstrucción idealizada del pasado elimina todas las dificultades anteriores. Esta “aparente” normalidad signada es habitualmente la proyección al exterior de la angustia paterna.

En cambio, estas formas de la segunda infancia si las relacionamos con las psicosis precoces se formalizan en una personalidad bastante más estructurada, con una maduración altamente superior, formalizando las catexias de los procesos-cognitivos, y éstos se desprenden del pensamiento mágico, es decir, lo real se percibe como tal y se distancia (y diferencia) de lo imaginario.

Muchas de las manifestaciones del niño serán tomadas como regresivas o desestructuradas puestas en relación a las anteriores actitudes que ponía en juego el niño.

-Reacción del retraimiento. Se trata de la traducción del autismo secundario. Poco a poco el niño se pierde en cuanto deja de tener todo interés por aquello que le rodea desde las relaciones con sus amigos, desiste en salir a la calle, y de sus actividades deportivas o culturales. El aislamiento afectivo puede alcanzar a grados extremos significados con la indiferencia y frialdad de contacto.

Algunos niños conservan una aparente adaptación social, aunque con precipitaciones de trastornos del comportamiento. Por ejemplo, rechazan incorporarse al centro escolar sin un motivo que lo justifique, crisis de ira, o incluso una desaparición no justificada por algún motivo manifestándose en vagabundeo. Esta vuelta hacia sí mismo puede alcanzar hasta el autosequestro, comportamiento más dado en el adolescente. En ocasiones, los trastornos son menos extravagantes, pero denuncian la ruptura con las anteriores:

hipercatexias en algún sector (recolección de objetos de forma impulsiva, práctica sin parar de algún deporte, modificación de las conductas alimenticias, etc.).

También se dará en las formas de contacto con los otros: extravagancia en el contacto, risa disonante, barreras. Más extraña será directamente proporcional a la edad que tenga, cuanto más joven más significativo será.

-Conductas matrices. Mises formula que se estructuran según dos polos:

- Inhibición y retraimiento. Este comportamiento denuncia el retraimiento autista: mímica pobre, aspecto estuporoso. Mises describe actitudes catatónicas, suelen ser transitorias, que apuntan a fases de agravación.
- Inestabilidad y agitación psicomotriz. Pueden manifestarse con la importancia de colocarse en primer plano. En casos se trata de una antigua inestabilidad que anteriormente no pudo ser controlada por el niño. Bajo este transfondo acontecen con cierta frecuencia episodios agudos que desequilibran el frágil equilibrio anterior: por ejemplo, crisis de agitación aguda o crisis de ira hetero o autoagresión, fugas incesantes, etc.

En otros niños, la excitación motriz hace ruptura con el comportamiento habitual del niño. Es frecuente que se añadan trastornos del sueño, problemas de alimentación y, por fin, el control de esfínteres.

A veces concurre una desorganización del comportamiento. Irrumpen conductas muy impulsivas. Pueden ser violencia verbal (con la familia, los amigos y los maestros); en otras ocasiones se expresan mediante conductas peligrosas; también pueden darse agresiones violentas a terceros, piromanía, conducta delictiva, etc. Implica el pasaje al acto. Su reacción es la indiferencia.

La excitación psíquica es poco frecuente. Es diferente a la excitación maníaca informada sobre el adulto maniaco-depresivo. Su manifestación es estridente. Los temas que anteceden al delirio son de carácter persecutorio

-Trastorno del lenguaje. Como también hemos indicado, a veces se muestra como una continuidad de los trastornos precoces. Hay niños que presentan un desarrollo del lenguaje que hasta entonces se consideraba normal. Se informa:

- Posibilidad de un mutismo secundario. Se muestra aunado con la agravación del retraimiento autista. Poco a poco, el niño deja de hablar; en un inicio lo hará en el ámbito que va más allá del ámbito familiar, después se extenderá, cupiendo la posibilidad de que alcance a la totalidad. Diatkine señala que, en algunos casos, se mantienen las actividades gráficas y convocándose cierta posibilidad de comunicación a través del dibujo o la escritura.
- La regresión formal del lenguaje manifiesta con frecuencia un episodio agudo. Se trata de una desestructuración de la organización lingüística con la precipitación de anomalías similares a las descritas en las psicosis precoces (llamadas inversión pronominal), que puede alcanzar hasta la total desorganización (por ejemplo, la vuelta al laleo, lenguaje autoerótico). En otros casos, se suscitan neologismos y manierismo verbal.
- Hipercatexis del lenguaje. Es específica de ciertas psicosis de la segunda infancia. Acontece una búsqueda de un lenguaje adulto-morfo a través de un control absolutos. Como hemos señalado más arriba, el niño puede aprender las definiciones del diccionario. Listin de teléfonos o una lengua extranjera. En cualquier caso, realmente se muestra como un obstáculo que oculta la dificultad para la comunicación y el intercambio afectivo.



- Fallos en la catexis cognitiva.

Estas formas deficitarias han podido darse en la psicosis precoz. Ahora se precipitan fallos irruptivos en la capacidad intelectual. Clásicamente evocan las ideas

de debilidad evolutiva o acaso de “encefalopatía evolutiva enmascarada”. Se parece al cuadro las “psicosis injertadas” (a la debilidad se le añade síntomas psicóticos).

En los casos de fase aguda se denuncia el abatimiento de la eficiencia, pudiendo mantenerse posteriormente. Este empobrecimiento intelectual emerge como motivo de una defensa contra la experiencia psicótica de desrealización o de mutilación.

- Trastornos de cariz neurótico. Se dan con frecuencia fobias y obsesiones de aspecto arcaico. Las fobias pueden ser extensivas y cambiantes, o por el contrario muy fijadas, encontrándose racionalizadas tanto por el niño como por su familia. Las manifestaciones obsesivas son frecuentes y características. Los rituales pueden ser propios del acostarse, y aderezados con nuevas manifestaciones; por ejemplo, rituales de ordenamiento, de limpieza, de lavado (próximo a temores hipocondríacos o ideas paranoides de contaminación), de verificación (gas, puertas, electricidad, ventanas, etc.), o ritos conjuradores de tocar o de evitar (al abrir una puerta tocar con el codo).

Si la idea obsesiva es extraña, la catexis obsesiva del pensamiento puede acabar en intereses carácter exclusivo, esto es, intereses por la prehistoria o el tiempo ancestral, por un determinado personaje histórico, por cifras o mecánica o el cálculo.

- Manifestaciones de ruptura con la realidad. Ya sabemos que en los niños la distinción entre fantasía, sueño y realidad se elabora poco a poco. Antes de los seis años la distinción es débil como para que pueda indicarse acerca de la mentira o del delirio. Es a

partir de esta edad, que es factible una invasión brusca del pensamiento por las manifestaciones delirantes de carácter ideativo o sensorial, aunque sigue siendo una eventualidad rara. En el desarrollo de episodios agudos atravesados por una intensa angustia, podemos observar lo siguiente:

1. Bouffées de angustia hipocondríaca o cinestésica. Se manifiesta en dolores de cabeza, vientre, sensaciones somáticas de índole diversa, dolores de espalda, extremidades, etc. Las angustias hipocondríacas manifiestan lo endeble de la imagen corporal, el sentimiento de amenaza de mutilación.
2. Ideas delirantes de diversas formas cercanas a una “fantasmalización” exteriorizada con facilidad. Se manifiestan ideas difusas, lábiles, sin procesos de elaboración. Son comunes los elementos de corte persecutorio. Ya hemos indicado que en el niño psicótico, no se da habitualmente la organización de un delirio construido, sin menoscabo de que pueda precipitarse sobre todo si el contexto familiar lo facilita.
3. La existencia de alucinaciones (percepción sensorial sin objeto). Para algunos autores es más que discutible. La frecuencia con la que se toma este criterio está en relación con el rigor de su definición. La diferencia con la ensoñación imaginativa o la fantasía no es siempre fácil de señalar. Sí, en cambio, podemos señalar que las alucinaciones más habituales sean auditivas, después por su frecuencia serán visuales y, por último, las cinestésicas. Estas pueden ser características cuando se acompañan de actitudes de escucha; son poco elaboradas (gritos, ruidos, órdenes...).

Evolución de las psicosis infantiles

Se evidencia una importante variedad evolutiva de las psicosis infantiles.

Abordaremos las líneas principales. En El marco descriptivo, se informan de las evoluciones siguientes en forma global:

- Evolución hacia la debilidad profunda o severa, con mantenimiento o acaso agravación de la no catexis cognitiva inicial. Estos casos se desarrollan hacia el cuadro de las encefalopatías infantiles, manteniendo en ocasiones algunos rasgos específicos.
- Evolución centrada en el autismo, conservando el estado inicial (“arrelacional”). El lenguaje puede haber sido adquirido, siendo extraño, asintáctico, siendo habitual la inversión pronominal. La intensidad del autismo se instituye como una barrera ante los intentos de escolarización o de abordaje profesional, aún a pesar de un rendimiento cognitivo parcial.

En lo señalado, en la edad adulta el cuadro clínico se precipitará como el de una psicosis deficitaria o una psicosis esquizofrénica con predominio de sintomatología autista.

- Mejora parcial con evolución de la sintomatología:

1. Hacia conductas de tipo fóbico u obsesivas de carácter paralizador. Constituyen la manifestación de tentativas de enquistamiento y de control interno por parte del sujeto ante la amenaza de estallido.
2. O hacia la aparición de trastornos mayores del comportamiento, de corte caracterial grave o psicótico. Manifiestan la tentativa de depositar en el exterior las pulsiones destructoras.

En estas últimas formas, la crisis que se producen de la adolescencia son especialmente difícil. A pesar de ello, con la reelaboración pulsional que suscita, es una posible ocasión de cambio. No es extraño que la adaptación y tolerancia que se dan entre el niño y su medio familiar se disipen bruscamente.

Señalamos concretamente los frecuentes desequilibrios en la adolescencia del instaurado entre madre e hijo en las psicosis de tipo simbiótico. Entonces emerge la violencia, la agresividad directa contra la madre, o conductas sexuales desbocadas, que frecuentemente dan fe de la quasi incestuosa relación anterior, hasta en ese momento casi inadvertida.

Los momentos psicóticos agudos del tipo bouffée délirante son frecuentes. En algunos, esta evolución temporariamente caótica permite la re-elaboración de la organización fantásica, y, además, cierta liberación en relación con el proceso psicótico, alcanzando unos estados “cicatriciales” que favorecen una vida social al precio de una discreta “excentricidad”.

Ya de adulto, estos pacientes se ubican en el cuadro de “trastornos de la personalidad” con un déficit cognitivo importante y frecuente. La inserción sociolaboral es débil; es frecuente que el adulto suela depender de medios sociales. Este desarrollo implica a una cuarta parte de los pacientes.

-Evoluciones favorables. En ocasiones, podemos observar una relativa regresión del autismo, adquisición del lenguaje y un grado determinado que implica una adaptación social que favorece la escolarización y posteriormente el acceso al ingreso en profesiones laborales. Por ejemplo, indicamos que Kanner describió a once pacientes (1943), dos de ellos tuvieron la posibilidad de inserción profesional y otro alcanzó a formar una familia.

Dejando aparte el autismo de Kanner, otros autores han comprobado que existen buenas evoluciones en las psicosis infantiles. Por ejemplo, según Manzano y colaboradores, cerca de la mitad de los pacientes alcanzan en la edad adulta a una inserción sociolaboral y una adaptación psicosocial normal o cercana a ella. Estos pacientes se inscribirían dentro de los “trastornos de la personalidad”, sin déficit intelectual.

Kanner, Eisenberg, Rutter, Goldfarb, Bender, Lébovici, Duché, aislan algunos factores que indican poseer realmente valor pronóstico. Dado que dicho rigor es diferente en función de un autor a otro, cualquier estudio comparativo puede comportar error. De forma regular se informan de cinco tipos de factores que indican un pronóstico desfavorable.

-Factores de pronóstico desfavorable:

1. Existencia de factores orgánicos ligados a la psicosis infantil. Goldfarb postula que se trata de factores de morbilidad general (parto difícil, prematuridad) o como indican Rivière y Jeammet de momentos episódicos precoces tales como deshidratación.
2. Kanner, De Myer postulan la ausencia de lenguaje más allá de los 5 años o, en todo caso, su aparición muy retrasada.
3. Rutter señala la profundidad del retraso intelectual en la primera evaluación, esto es, se produce una relación directa entre el déficit inicial y el pronóstico sombrío.
4. Precocidad en la aparición de los trastornos. Bender formula que cuanto antes aparezca la psicosis, antes de los 2 o 3 años, tanto más permite hacernos una idea de la dirección hacia el autismo grave o acaso hacia la evolución profundamente deficitaria.
5. Calidad de la familia. Bender matiza que la existencia de patología psiquiátrica paterna, por ejemplo, padres separados o ausentes y fundamentalmente la ausencia de sostén maternal son elementos que empujan al mal pronóstico. Aquellos elementos de pronóstico favorable son los opuestos, indicativamente la demora en la aparición.



Lébovici indica que la manifestación de fobias u obsesiones puede hacer emergerse como un factor de pronóstico relativamente bueno, dejando de lado la evolución deficitaria. También, el tipo de tratamiento puede dejar su resto de importancia en la evolución. De nuevo, Manzano y colaboradores conforman la importancia de mantener al niño en el medio familiar, en la medida en que este

entorno sea satisfactorio, de la misma forma que el papel positivo de una relación terapéutica prolongada en el tiempo con la misma persona durante la infancia y la adolescencia.

Diagnóstico diferencial

Como quizá la evidencia se deje ver, las psicosis infantiles y, en especial, el autismo de Kanner cuanto antes puedan ser diagnosticadas será tanto mejor para planificar tanto la educación como el tratamiento. El problema fundamentalmente es el de un diagnóstico positivo.

En cambio, empiezan a diferenciarse algunas entidades semiológicas y/o gnosográficas con rasgos de conductas similares al autismo infantil; se encuentra como ejemplo el síndrome de Rett, que se observa de forma creciente. Aicardi y colaboradores nos señalan los criterios diagnósticos:

- 1.Desarrollo neurológico y mental normal durante los 7-18 primeros meses de vida.
- 2.Detención del desarrollo a partir de esta edad, al que le sigue un deterioro mental y conductual de forma inmediata, que puede llevar a un estado de demencia con autismo rápido, en dieciocho meses.
- 3.Pérdida de la manipulación voluntaria reemplazada por estereotipias de las manos (algunas de las cuales se significan muy características: frotamientos de las manos cruzadas delante del pecho, toqueteos de los dientes con los dedos doblados).
4. Ataxia del tronco y de la marcha.
- 5.Microcefalia adquirida.
6. Un tiempo prolongado de estabilización aparente con precipitación insidiosa de anomalías neurológicas (síndrome piramidal moderado, epilepsia, alteraciones vasomotoras, etc.).
7. Sexo femenino.

En el síndrome de Rett no se han observado algunas de las conductas frecuentes en el autismo infantil. Véanse los juegos estereotipados (por ejemplo, rotación de objetos de tamaño pequeño), o el rechazo del contacto corporal y las señales de afecto convencionales, la hiperactividad motora y la fijación excesiva a objetos.

Enfoque psicopatológico

Ciertamente existen grandes variaciones semiológicas entre uno y otro psicótico, aún se acentúan más por las diferencias de edad. Abordaremos la naturaleza del funcionamiento mental (esto es, el “cómo” de la psicosis) sin entrar en el proceso iniciador (el “porqué”).

El conjunto de rasgos psicopatológicos puede armar lo que algunos autores indican como el “núcleo psicótico”. En principio, podemos sustentar por “núcleo estructural psicótico” el conjunto de mecanismos psicopatológicos que llevan a conductas mentalizadas o actuadas, cuya ligazón se observa frecuentemente en este tipo de pacientes. Indicar el “núcleo psicótico” implica, pues, no situarse en el eje etiológico, sino únicamente en el eje psicopatológico. Desde la perspectiva mentada el “núcleo estructural psicótico” se refiere a:

1. Existencia de una angustia primaria de aniquilación, mutilación o absorción. Ello implica la total disolución o la destrucción del sujeto. En la clínica de niños psicóticos, las crisis de angustia pueden alcanzar grados extremos.
2. No distinción entre el Yo y el no-Yo. No se produce el reconocimiento de límites propios y del otro. La expresión clínica se manifiesta por la ausencia de sonrisa ante el rostro humano, la no precipitación de la ansiedad ante el extraño o ciertas reacciones paradójicas, la manipulación del propio cuerpo y del de los otros como un objeto externo, la no percepción de los límites corporales que implicará caídas, heridas, accidentes, etc., sin mensaje alguno de actitud protectora.
3. Ruptura con la realidad a partir de la no delimitación concreta del contorno de sí mismo. La realidad externa es tomada como dentro de sí, amenazando su existencia. En la clínica observamos la ruptura con la realidad, significada por la necesidad imperativa de “identidad” o acaso por el repliegue autista y el comportamiento que lo acompaña. Cambios externos de carácter pequeño, como cambios de decoración, o un nuevo vestido de la madre o de la persona que lo cuida pueden precipitar la aparición de reacciones catastróficas.
4. Prevalencia de los procesos primarios sobre los procesos secundarios: no relevancia del tiempo y/o del espacio, ligada a las características precedentes, fija al niño psicótico en el contexto de los procesos primarios, donde el afecto debe ser inmediatamente

evacuado. Es lo que sigue para no correr el riesgo de aniquilar al sujeto o de aniquilarse él mismo. Esta prevalencia de los procesos primarios permite la explicación de los mecanismos defensivos utilizados por el niño psicótico y, fundamentalmente, el papel de la descarga motriz externa. De ahí, la importancia del paso al acto, de las auto y heteroagresiones, de los trastornos conductuales, y de las estereotipias o balanceos, fundamentalmente cuando el niño es invadido por un afecto.

5. Existe un estado de desintricación pulsional, dando paso a la preeminencia de pulsiones agresivas o pulsiones de muerte. Los fantasmas son invadidos por estas pulsiones mortíferas: imágenes de engullimiento, aniquilación, descuartizamiento, devoración, explosión, etc., sin que las pulsiones libidinales puedan “sujetar” o “secundarizar” dichas fantasías; de ahí la especificidad de la angustia.

6. Utilización de mecanismos de defensa arcaicos. La angustia arcaica y las ideas destructoras, el funcionamiento mental se hacen valer de mecanismos de defensa específicos, que se definen como arcaicos. Los exponemos resumidamente:

a. La identificación proyectiva es origen y consecuencia de la no distinción Yo/no-Yo. Ha sido especialmente abordada por los autores kleinianos; la identificación proyectiva patológica conserva al niño dentro en un universo caótico. Su ilustración clínica se significa por la frecuente inversión pronominal (repetición de palabras oídas sin ser capaz de erigirse en sujeto del discurso; es el portavoz de Otro).

b. La escisión apunta a consecuencias diversas. La vida afectiva, intelectual y el entorno son objeto de una fragmentación que impide la adquisición de una experiencia vivida en su continuidad. Frecuentemente, se trata de una escisión cualitativa, que se dirige a un mundo maniqueo: bien-mal, fusión-abandono, bueno-malo, amor-odio, sin continuidad, sin que sea posible la transición de uno a otro.

c. Las “defensas maníacas: la introyección, la negación, la idealización y la omnipotencia. Estos mecanismos son un correlato de los anteriores, cuyos efectos a veces refuerzan. Por ejemplo, la idealización apunta a construir un gran objeto, todopoderoso y, a la vez, terrible (a menudo, la imagen de la madre), cuya protección hay que conseguir, bajo el precio de la renuncia a la individualidad.



Esta primera línea de defensas presenta en su conjunto lo que M. Klein ha denominado la posición esquizo-paranoide. Hay autores como Marcelli que formulan la hipótesis de un

estado aún más arcaico, la posición autista que se caracterizaría por la utilización de mecanismos de defensa más específicos. En esta línea, Meltzer ha propuesto los procesos siguientes:

1. Identificación adhesiva. Produce una dependencia absoluta adhiriéndose. No hay un tipo de existencia separada, ninguna frontera entre el objeto y el sujeto. La identificación adhesiva conlleva la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, con gran sensibilidad hacia los agujeros y las roturas. Señalar que en el interior, en referencia al estado afectivo interno de los objetos, es generalmente ignorado.

La conducta, habitual en los niños autistas, de asir la mano del otro con el objeto de utilizarla como una prolongación de sí mismo puede tomarse como un ejemplo de identificación adhesiva en la medida en que por lo general lleva asociada la ausencia de pointing (Marcelli).

2. El desmantelamiento es un proceso pasivo que implica dejarse ir, en recortar las experiencias según las líneas de la sensorialidad para tender a una colección dispersa de objetos unisensoriales, eso es, portadores de una sola y única calidad: la vista, el tacto, el gusto, el oído, son sensaciones aisladas unas de las otras, a las que se apegan un fragmento de objeto o un objeto percibido a través de un solo registro sensorial. La experiencia emocional es asimismo dispersa, de acuerdo con las líneas de la sensorialidad. En clínica, un ejemplo del papel que desempeña el desmantelamiento es la utilización de los objetos autistas, de títeres mecánicos desarticulados, ruedas que giran indefinidamente.

Informado de esta forma sucinta, el “núcleo psicótico»” que se estructura alrededor de la posición esquizo-paranoide o de la posición autista se observa en las formas clínicas de las psicosis infantiles, con algunas variantes que se traducen en la prevalencia de uno de estos mecanismos sobre los otros. No es raro acceder a la observación en el transcurso del crecimiento de un mismo niño transformaciones de conducta que ponen en juego las evoluciones en la organización defensiva.

El ambiente y el papel de los padres

En este epígrafe nos proponemos abordar algunas descripciones clínicas en las que el ambiente, en un sentido amplio, tiene un importante papel en la precipitación y posterior mantenimiento de la psicosis infantil. Son hipótesis etiológicas que no son en todo momento exclusivas: pueden verse relacionados con otros factores constitucionales, hereditarios, adquiridos, psicogenéticos u orgánicos.

La literatura sobre los padres de niños psicóticos es amplia, aunque está centrado mayoritariamente en el estudio de los padres de niños autistas. No hay muchos trabajos dedicados al ambiente familiar de las psicosis en la segunda infancia; mayoritariamente se unifican con trabajos de las familias de los esquizofrénicos adultos.

Señalaremos solo aquellos puntos que se precipitan como más significativos para las psicosis infantiles. Kanner fue el primero en describir cierto perfil psicológico en sus primeros trabajos de los padres de niños autistas (aunque una muestra reducida). Según él, un aspecto significativo en estos padres es su alto nivel intelectual y sociocultural; igualmente destaca su frialdad, mecanización y cierta obsesividad. Esto es, son padres limpios, dignos y fríos. Sus hijos son observados por ellos más que ubicarse en posición de amantes de sus hijos. Kanner en sus trabajos señalaba que "los niños son objeto de observación y de experiencias, educados bajo un prisma crítico, sin auténtico calor ni alegría de vivir".



Hay que indicar que a pesar de la frecuencia de estas descripciones no parecen ser constantes, sino que se deben a este mal que ya hemos mentado, la elección de la muestra y, en este caso, lo pequeña que era.

Posteriormente se realizaron más estudios. Destacamos los siguientes trabajos de Rutter, Goldfard y Meyers, Ackerman, de los cuales dejamos constancia:

1. nivel y origen sociocultural variable. Se distribuye en dos extremos: uno, con un nivel fuertemente desfavorecido, y otro polo de nivel cultural superior.
2. Situaciones difíciles. Referido a divorcio, familia incompleta, inscripción en una institución, etc.
3. Confusión en el seno de la organización familiar. Los papeles paternos se encuentran poco diferenciados o, por el contrario, son cambiantes, no hay diferencia entre generaciones, o es, en su caso, poco precisa.

Algunos autores como Bowen y Lébovici señalan que se necesitan tres generaciones para “fabricar” una psicosis infantil.

4. Ackerman postula la frecuencia de situaciones dramáticas. Goldfard y Meyers sobre el desconcierto paterno; Lang sobre la mistificación. Sobre el niño psicótico se depositan frecuentemente intensas y contradictorias proyecciones fantasmáticas por parte de los padres, sin conexión alguna con su realidad existencial. De la misma forma, son lábiles las fronteras entre la realidad y las fantasías familiares.

5. Bateson, Watzlawick, Beavin, investigadores en Palo Alto, informaron de modelos concretos de comunicación intrafamiliar en el seno de familias de esquizofrénicos. También es común en las familias de niños autistas.

El “doble vínculo” o “double bind” es una forma concreta de comunicación impuesta por la madre u otro miembro determinante de la familia, que el niño no puede soslayar. Se trata de que el emisor envía un doble mensaje, con un contenido contradictorio, pero emitido a niveles diferentes. Por ejemplo, un mensaje verbal ligado a un mensaje analógico (esto es, mímica, inflexión de la voz, etc.), con una significación contraria. Ciertamente el niño no se puede ausentar, en función de la necesidad vital de mantener el vínculo; el niño se encuentra ante la imposibilidad de asignar unos “tipos lógicos” a las percepciones y mensajes, anulando la posibilidad de dar una respuesta adaptada. Al niño

no le queda otra que un tipo de respuesta “loca” en un intento último de satisfacer este “doble vínculo”.

Watzlawick añade otros modos de comunicación patológica. Nombra “angencializaciones”, “descalificaciones”, “paradoja”. Su observación se realiza en el seno de las familias de esquizofrénicos adultos. Sin dudar del valor de estas hipótesis etiológicas, hoy resulta un tanto complicado definir una tipología caracterial de los padres de niños psicóticos, en la medida de que no es factible delimitar las reacciones paternas ante la psicosis de su hijo de la causalidad familiar de la psicosis infantil.

Algunos trabajos muestran el desconcierto importante que la reacción del niño autista puede hacer emerger en la madre, transformando sus conductas habituales. Se precipitan actitudes que no significan para la madre satisfacción alguna siendo no gratificante su maternidad; nos referimos a la carencia de contacto visual, la ausencia de toda actitud anticipadora, etc.

Las actitudes del niño pueden conllevar en la madre turbación, distanciamiento, y posteriormente un comportamiento de carácter automático e incluso rechazante. Soulé señala que la madre del niño autista no puede llorar por su hijo imaginario (es el niño inventado fruto de la fantasía) debido a la dificultad o directamente a la incapacidad para establecer una comunicación mutuamente satisfactoria con el niño real (el de todos los días). Con este tipo de relación dialéctica y diádica, y habiendo señalado la importancia vital de los primeros intercambios madre-hijo, resulta complejo hasta qué punto la conducta de los padres y del niño son la causa o consecuencia.

La interacción padres e hijo

Para entender al niño psicótico, es de vital importancia conocer los aportes de M. Klein. Señala que el desarrollo del niño normal pasa por fases arcaicas y que las primeras angustias experimentadas son de naturaleza psicótica.

Las defensas organizadas de estas angustias sustentan la “posición esquizo-paranoide” característica de los primeros meses de vida. De alguna forma podríamos tomar a la psicosis infantil como la persistencia de esta fase más allá del período normal.

M. Klein no confunde el desarrollo normal de un bebé con el estado de un enfermo comprobado. En los niños o adultos psicóticos, la persistencia y la presentificación de los tipos de defensa arcaicos tienen su origen a la intensidad de las pulsiones agresivas y destructoras que no han facilitado el desarrollo pleno de las pulsiones libidinales.

Con el objeto de defenderse de la agresividad primaria, vivenciada como mortífera, el sujeto psicótico divide, escinde y proyecta sus afectos sobre los objetos que le rodean. Mediante escisión e identificación proyectiva, los objetos que le acompañan pierden aquello que les caracteriza adquiriendo el cariz de peligrosos y perseguidores. Como está llamado a defender de ellos, el sujeto psicótico introyecta las partes buenas de dichos objetos y de su Yo en un conjunto confuso, bajo la condición de que debe de ser omnipotente y omnisciente (defensa maníaca) con el objetivo de luchar contra los objetos malos externos.

En el niño normal, la constatación de la realidad y los progresos de la maduración conjuntamente que con la permanencia de la pulsión libidinal operan para superar la posición esquizo-paranoide, afrontar la posición depresiva y permitir la sucesión a la ambivalencia neurótica.

En el niño psicótico, la intensidad de las pulsiones agresivas (adquiridas por su origen congénito o por un inadecuado maternaje) obstaculiza la reconstrucción del objeto y del Yo, subraya la división y la identificación proyectiva con la consecuencia de mantener al sujeto en la posición arcaica.

Alguno de los seguidores de Klein, H. Segal ha señalado la emergencia de la organización simbólica. En el niño psicótico, existe lo que denomina “ecuación simbólica”, debida a la identificación proyectiva. La cuestión es que el objeto original y el símbolo no guardan diferencia en el pensamiento psicótico. Los intercambios entre los fragmentos de los objetos y los fragmentos del Yo son incesantes, conllevando un cierto desdibujando del contorno de la realidad y dificultando el acceso a un manejo satisfactorio del mundo simbólico y, por tanto, del pensamiento.



F. Tustin, sirviéndose de Winnicott, focaliza sus investigaciones sobre la “depresión psicótica”. Ésta consiste en un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad que origina un “espantoso agujero negro”. El niño lucha contra él, a

través de mecanismos arcaicos de tipo “enquistado” o de un repliegue autista, o también a través de la identificación proyectiva o maníaca. Así, el niño realiza la negación de la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y el medio, con el objeto de mantener un mínimo sentimiento de continuidad hasta donde le sea factible. Tustin introduce las “señales autistas”; desempeñan este papel: la persistencia de una “señal-sensación” incluso en ausencia del “objeto”- El niño pone su atención del niño en la sensación corporal que garantiza el sentimiento de continuidad.

Margaret Mahler se dedica al estudio de la evolución de la relación madre-hijo. Le interesa la autonomía progresiva del niño. M. Malher señala varias fases y subfases en los procesos de autonomía.

Mahler postula que en la “fase autista inicial” o “autismo normal”, el bebé no es consciente ni de su individualidad ni de la de su madre. Se mueve entre fases de satisfacción y fases de necesidad. Se encuentra en un estado de “desorientación alucinatoria primaria”, en el que la satisfacción de sus necesidades dependerá únicamente de su omnipotencia autista. Poco a poco, el niño se introduce en la “fase simbiótica” en la medida en que se hace “capaz de atender y anticipar confiadamente la satisfacción”, gracias a las huellas amnésicas que el placer de la gratificación ha dejado. La pura necesidad fisiológica se convierte en “deseo”, se inicia el esbozo del Yo y del objeto simbiótico.

La idea que el niño tiene sobre el “principio maternante” es confusa”, pero permite que el niño se sienta unido en un principio a la madre buena dentro de una membrana simbiótica, a la vez que los objetos malos son exiliados a través de la proyección al exterior de la membrana sobre el mundo que le rodea. En este estadio, el peligro mayor se determina en la pérdida del objeto simbiótico, en la medida en su equivalencia es una pérdida de sí mismo.

La tercera fase es la denominada de separación-individuación (concurrente de los seis a los treinta meses). Se precipita “cuando el niño, debido a su desarrollo, está muy cerca de su funcionamiento autónomo y disfruta con ello”. La determinación motriz del niño le facilita apartarse de la madre, aunque sigue sirviéndose de ella como “señuelo externo de orientación”. Poco a poco, la interiorización de los objetos y la adquisición de la noción de permanencia del objeto configuran en él una seguridad necesaria para la autonomía.

Para M. Malher, la psicosis infantil es el resultado de los fracasos en el proceso de individuación. El origen se debe tanto al niño como a la madre. El niño por la incapacidad innata del Yo para neutralizar las pulsiones, por el déficit en la capacidad perceptiva primaria del Yo, y los efectos desorganizadores del pánico orgánico del niño sobre un Yo débil y frágil.

En el desarrollo del niño hay fases que no pueden ser superadas, debido a la angustia masiva que levanta la introducción al objetivo siguiente. Para defenderse de ello, Mahler denomina la utilización por parte del niño de los “mecanismos de sostén” que se oponen en la progresión del desarrollo. Es entonces cuando podemos entender que las organizaciones patológicas no son exclusivamente fijaciones en un estadio normal del desarrollo. Sino que se adjuntan a ellas siempre mecanismos específicos dirigidos a bloquear la fluidez estructural habitual.

El “mecanismo de sostén” en las psicosis autistas es una conducta alucinatoria negativa que obtura cualquier percepción del mundo externo, donde está incluida la madre. En las psicosis simbióticas, en cambio, el principio “maternante” sí es reconocido, encontrándose el niño oscilando entre el deseo de fusión absoluta con un objeto bueno parcial y el temor de absorción o aniquilación en ese objeto.



Los “mecanismos de sostén” se estructuran alrededor de la escisión entre la unidad todopoderosa madre-hijo y la proyección persecutoria sobre el mundo exterior. La

psicosis se hace evidente cuando la ilusión de la unidad madre-hijo no puede mantenerse por más tiempo frente al desarrollo de la maduración neurofisiológica (tres-cuatro años).

Esta oposición entre psicosis autista y psicosis simbiótica es menos clara en trabajos posteriores de M. Malher, tras reconocer el propio autor numerosas formas de transición.

Para D.Winnicott, el origen de la psicosis se encuentra entre los avatares de la relación de adaptación recíproca madre-hijo, concretamente en el tiempo en que el niño experimenta “desilusión” frente a ella. Hasta ese tiempo, el niño vivencia la “ilusión de omnipotencia”, en la medida en que la madre suficientemente buena sostiene al niño, le cuida y le muestra el mundo, de tal manera que él puede creerse su creador. Por el contrario, si la madre falla, el bebé puede vivenciar “angustias impensables” o también “agonías primitivas” (retorno a un estado de no integración, sensación de caída incesante, ausencia de impresión de “residir en el cuerpo” o pérdida del sentido de la realidad). Lo que comportará el despliegue de una defensa contra la ansiedad a través de mecanismos como la desintegración, despersonalización, estado autista, exacerbación del narcisismo primario, etc.

La enfermedad psicótica consiste, en última instancia, en el despliegue de la defensa contra las sensaciones de agonía que ya han sido experimentadas. A diferencia de Klein y Mahler, Winnicott postula que no se trata de una fijación en los estadios normales del desarrollo, sino de una organización desviada, patológica y específica.

Articulación de la psicosis en Lacan

Abordaremos el pensamiento de Lacan acerca de la psicosis (aunque no bajo el término concreto de psicosis infantil) en momentos diferentes de su enseñanza. En Jacques Lacan pueden hallarse al menos tres formulaciones acerca del tema de las psicosis. La primera, propuesta de su tesis de doctorado en el año 1932 y retomada en escritos posteriores,

focaliza sus planteamientos sobre el tema del yo y sus vicisitudes, concretamente respecto a la paranoia.

La segunda, ocupando un lugar central en su Seminario de los años 1955/56, introduce el concepto de “significante del Nombre del Padre” como noción capital para comprender tanto el Complejo de Edipo freudiano como la organización de la neurosis. A partir de este estudio, la psicosis es pensada como una suerte de estructura deficitaria, atribuida por la falta de este significante.

Y, por último, en su seminario del año 1975/76, a partir de la teoría de los nudos, Lacan redefine la función del Nombre del Padre, y por tanto se encuentra en disposición de aportar nuevas formulaciones acerca de la psicosis.

Actualmente estas propuestas marcan un camino muy importante para el trabajo clínico con sujetos diagnosticados de psicóticos. Por tanto, proponemos un recorrido por cada una de ellas.

Tesis, primera propuesta.

Lacan articula, en 1932, su tesis de doctorado sobre el tema "Psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad". La tradición francesa soportada por Morel y trabajada en profundidad por Magnan, estudia a la paranoia como un cuadro del grupo de las locuras funcionales, para el que estos autores habían propuesto la hipótesis de un origen degenerativo hereditario. Lacan la sitúa dentro del grupo de las psicosis, a las que explica del siguiente modo: " *en ausencia de todo déficit detectable por las pruebas de capacidad (...), y en ausencia de toda lesión orgánica solamente probable, existen trastornos mentales que, relacionados, según las doctrinas, con la 'afectividad', con el 'juicio', con la 'conducta', son todos ellos trastornos específicos de la síntesis psíquica*".

Dentro del grupo "psicosis" ubica a aquellos cuadros que se han venido denominando "*locura, vesania, paranoia, delirio parcial, esquizofrenia*", y la confronta al grupo de las "demencias", que es entendido como aquel que unifica los cuadros en los que se presenta un déficit que se correlaciona con una lesión orgánica. Entonces, si las psicosis no presentan una correlación tal, la pregunta cae... ¿dónde buscar su etiología? Y entonces Lacan señala que en una perturbación de la "síntesis psíquica" o, mejor, en la personalidad.

"¿Representa (la paranoia) un desarrollo de la personalidad, y entonces traduce una anomalía constitucional(...)? ¿O es, en cambio, una enfermedad autónoma, que recompone la personalidad al quebrar el curso de su desarrollo?". Estas preguntas, de influencia de Jasper, serán la guía de la tesis. Las conclusiones que Lacan alcanzará le ubicarán en un lugar para sostener que, aunque pueda existir o suponerse causas ocasionales como ciertos procesos orgánicos no característicos, las causas específicas serán anomalías en la evolución de la personalidad, lo cual le llevará a sostener que la paranoia es un "desarrollo".

Divide los signos clínicos de la paranoia en fenómenos elementales y delirios sistematizados. Los primeros son formas de inicio: interpretaciones, estados pasionales, ilusiones de la memoria, alucinaciones. Y los segundos manifiestan mediante simbolismos los conflictos vitales esenciales del paciente.

En la década de los años cuarenta, se sigue con el análisis "comprensivo" de las psicosis a través de trabajos como "*La agresividad en psicoanálisis*", "*Sobre la causalidad psíquica*", "*El estadio del espejo*". Su objeto es estudiar la participación del yo en estos cuadros. Como producto de estos trabajos, Lacan postulará un análisis del fenómeno de la identificación donde postula:

- Existe una "matriz simbólica" que preexiste al yo y predetermina sus características formales.

- Se produce una divergencia entre el sentimiento de incoordinación motriz que experimenta el niño (anterior a la adquisición del lenguaje) y el efecto de completud que le da la imagen de sí con la que se identifica.

- La importancia crucial en el proceso de identificación de las diversas figuras del otro que en él participan. E otro con minúscula, partenaire imaginario con quien el yo se identifica, y el Otro con mayúscula, "matriz simbólica" mentado anteriormente.

La paranoia entendida como "psicosis pasional" despliega su fenomenología en el plano de las relaciones imaginarias del yo y sus semejantes, acerca de los cuales permite al yo generar sentimientos de persecución, de sospecha y complot. La "angustia persecutoria", articulada por M. Klein como el temor del yo a ser destruido por el objeto que intenta vengarse de las agresiones del sujeto, Lacan la ajusta a la fenomenología del estadio del espejo a partir del temor suscitado de la aniquilación manifestado bajo la forma de la "fantasía del cuerpo fragmentado", que hace volver a vivir en el yo el sentimiento de divergencia descrito anteriormente.

Alrededor del Seminario de "Las Psicosis"

Abordaremos en primer lugar, los antecedentes de la noción de "forclusión" en la obra de Freud. A lo largo de su obra Freud señala un mecanismo de defensa más radical que la represión. La primera mención a ello es en el texto "*Las neuropsicosis de defensa*", 1894, cuando hace la diferencia entre la defensa propia de la histeria (represión) de aquella que se precipita en las psicosis alucinatorias agudas. En estos casos dice Freud de "*otra forma de la defensa mucho más enérgica y eficaz, consistente en que el yo rechaza la representación intolerable conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación no hubiese jamás llegado a él*". La consecuencia de este mecanismo produce que "*el yo se separa de la representación intolerable, pero esta se halla*

inseparablemente unida a un trozo de la realidad, y al desligarse de ella, el yo se desliga también, total o parcialmente, de la realidad". El término "realidad" toma como referencia a la realidad exterior, derivándose que se trata del rechazo de una percepción, y su sustitución por una representación más idónea con el deseo del paciente (dando como resultado una alucinación).

Estos planteamientos conducen a concebir al yo y a la realidad como un conjunto articulado de representaciones que conforman una unidad indivisible. Rechazar un aspecto de la realidad es similar a romper este tejido en algún punto: la trama yo (la realidad se rompe, se produce un agujero y éste se rellenará con la alucinación).

Posteriormente le sucede el texto sobre *"El hombre de los lobos"*, 1918, donde Freud retoma esta idea, ajustándola a la percepción particular del genital femenino que introduciría la diferencia de los sexos sobre la *"premisa universal del pene"*, cuestión que haría desarrollar el inicio del Complejo de Castración. Respecto a ello Freud postula: *"La posición inicial de nuestro paciente ante el problema de la castración nos es ya conocida. La rechazó y permaneció en el punto de vista del comercio por el ano. Al decir que la rechazó nos referimos a que no quiso saber nada de ella en el sentido de la represión. Tal actitud no suponía juicio alguno de existencia, pero equivalía a hacerla inexistente"*.

Para la intelección de este texto nos apoyaremos en otro ulterior *"La Negación"*, 1925. En él sostiene que el aparato psíquico opera con dos tipos de juicios: el *"juicio de atribución"*, que acepta o rechaza una percepción, integrándola o no en el sistema de huellas mnémicas que conforma el sistema Preconsciente – Inconsciente.

En segundo lugar, postula el *"juicio de existencia"*, que asocia una nueva percepción con una huella mnémica, estableciendo coincidencias y diferencias. Es con relación al primer tipo de juicios que Freud señala, en referencia a su paciente, que *"tal actitud no supone juicio de existencia"*; esto viene a decir que a través de un rechazo no se establece un juicio de existencia acerca de la percepción del genital femenino.

En el seminario de Lacan “*Los escritos técnicos de Freud*”, 1953/54, solicita un comentario del texto de Freud “*La Negación*” al filósofo Jean Hyppolite. Éste destaca algunos elementos que permitirá a Lacan una primera versión del concepto de “forclusión”, haciéndolo equivalente al de rechazo (*austossung*). Lacan señala “*Este sujeto, nos dice Freud, de la castración no quería saber nada en el sentido de la represión (...). Y para designar este proceso emplea el término Werverfung (...). Su efecto es una abolición simbólica (...). El proceso del que se trata aquí (...), y que no ha sido, que yo sepa, objeto de una sola observación un poco consistente en la literatura analítica, se sitúa muy precisamente en uno de los tiempos que el señor Hyppolite acaba de desbrozar para ustedes en la dialéctica de la Verneinung – negación -: es exactamente lo que se opone a la Bejahung primaria y constituye como tal lo que es expulsado*”. (...)

“*Pero ¿qué sucede pues con lo que no es dejado ser en esa Bejahung? Freud nos lo ha dicho previamente, lo que el sujeto ha cercenado – verworfen- así, decíamos, de la abertura al ser no volverá a encontrarse en su historia (...). Porque, les ruego observar cuan impresionante es la fórmula por carecer de ambigüedad, el sujeto no querrá ‘saber nada de ello en el sentido de la represión’. Pues para que hubiese efectivamente de conocer algo de ello en ese sentido, sería necesario que eso saliese de alguna manera a la luz de la simbolización primordial. Pero, una vez más, ¿qué sucede con ello? Lo que sucede con ello pueden ustedes verlo: lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo real*”.

Este párrafo se constituye como antecedente de la noción de psicosis a diferencia de la estructura neurótica.

Freud no se para en su texto y sigue indicando que el episodio inicial de rechazo será seguido, en el tiempo, por una aceptación: “*Se había resistido al principio y había cedido luego; pero ninguna de estas reacciones había suprimido a la otra, y al final coexistían en él dos corrientes antitéticas, una de las cuales rechazaba la castración, en tanto que la otra*

estaba dispuesta a admitirla”. A su vez, subsistía una tercera corriente, la más antigua, *“que se había limitado a rechazar la castración sin emitir juicio alguno sobre su realidad”*.

Esto parece indicar en Freud una suerte de coexistencia dinámica. Ya en su vida posterior, cada una de estas corrientes antitéticas del paciente mantendrá posiciones para guiar y dirigir la actividad psíquica, eso conllevará que en algunos momentos el paciente aceptará la castración y sus efectos, y en otros la rechazará. No aparece ningún planteamiento de tipo estructural, que indique que al instalarse un mecanismo (rechazo de la castración) determinase un tipo de estructura clínica concreta que a partir de ahí conduzca la actividad psíquica. Lacan resaltaré esta lectura.

La idea de “corrientes antitéticas coexistentes” será retomada por Freud en textos posteriores. En el texto *“Fetichismo”*, 1927, propondrá una explicación dinámica del fenómeno fetichista que conlleva la coexistencia de corrientes antes mentadas. La “condición fetichista” significa una fijación a un elemento perceptivo que articula un rechazo a la castración. En cambio, haciendo presente este elemento, permite al fetichista abordar al objeto femenino, aceptando, por tanto, su condición de “castrado”.

Freud añadirá en este texto que no le parece necesario indicar un nuevo término para definir el mecanismo de “rechazo de la castración”. Se mantiene en la indicación sobre el término *“represión”* para evidenciar lo que sucede con el afecto asociado a una representación, y el de *“denegación”* para poner en evidencia lo que ocurre a nivel de la representación misma. En el fetichismo se pone en juego un conflicto entre una *percepción* –(juicio atributivo, de realidad) y un deseo: el fetiche. Bajo el modo de los síntomas neuróticos, resulta ser una formación de compromiso entre el deseo y la realidad. Freud llega a formularse la pregunta de si la coexistencia de estos mecanismos llevaría a resultar una psicosis; su respuesta es una negativa en el caso del niño, en función de que afirma que este tipo de coexistencias es consustancial a la vida psíquica infantil.

Volverá sobre esta misma idea en el texto *“Escisión del yo en el proceso de defensa”*, 1938, haciendo valer la característica de los procesos psíquicos infantiles. El problema emerge después, en la medida en que las corrientes antitéticas persisten en el tiempo y ahondan sus diferencias. Ante ello, Freud señala que *“ha de ser pagado de un modo u otro, y el éxito se logra a costa de un desgarrón del yo que nunca se cura, sino que se profundiza con el paso del tiempo”*.

El Seminario sobre “Las Psicosis”.

Dentro de su enseñanza mediante los ciclos de seminarios públicos que había comenzado a dictar unos años antes, Lacan toma en el año 1955-56 el tema de "Las psicosis". Hay un esfuerzo por ir más allá de la fenomenología. Este más allá es formulado en términos de "estructura".

"La confianza que tenemos en el análisis del fenómeno es totalmente diferente a la que le concede el punto de vista fenomenológico (...). Desde el punto de vista que nos guía, no tenemos esa confianza a priori en el fenómeno, por la sencilla razón de que nuestro camino es científico, y que el punto de partida de la ciencia moderna es no confiar en los fenómenos, y buscar algo más sólido que lo explique”.

Aquello que formulará como más sólido será la estructura, que Lacan conoce a través del antropólogo Claude Levi-Strauss sobre las estructuras elementales del parentesco.

La estructura es una organización simbólica que establece leyes que determinan el campo de posibilidad de los actores involucrados. Por ejemplo, las estructuras de parentesco determinan, a través de la asignación de lugares dentro de la organización familiar, y de reglas de exclusión respecto a los matrimonios permitidos, combinaciones posibles o prohibidas que cada individuo deberá aceptar. Este tipo de organización es la que Lacan sostiene que la propia del complejo de Edipo. Este se convertiría en un intermediario entre la ley social y la transmisión individual de dicha ley. Formula un

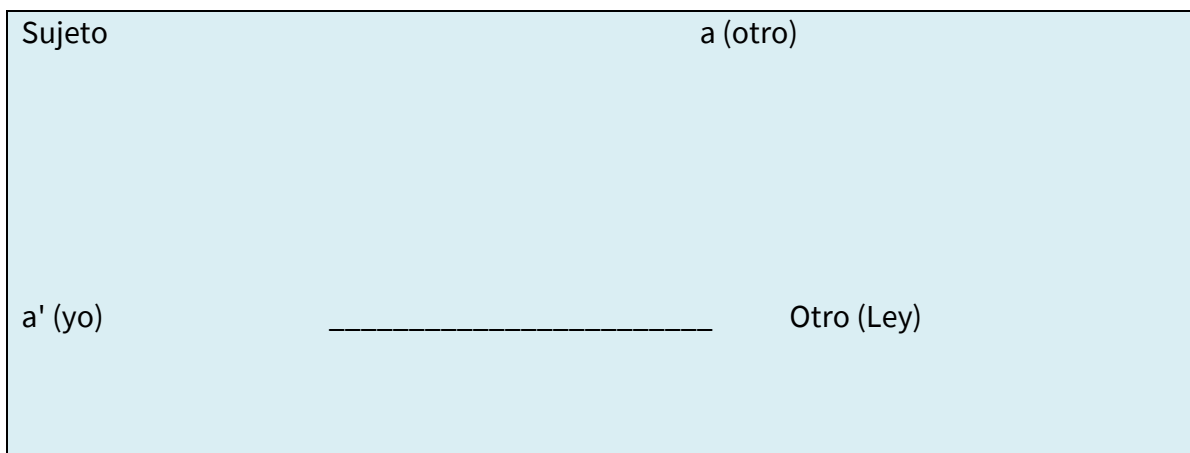
planteamiento estructural que alcanza, en el origen de la sociedad humana, la existencia de una ley simbólica que organiza y determina lugares y funciones.



Al respecto, indica: "Si Freud insistió tanto en el complejo de Edipo que llegó hasta construir una sociología de tótems y tabúes, es, manifiestamente, porque la ley está ahí ab origine. Está excluido, en

consecuencia, preguntarse por el problema de los orígenes: la Ley está ahí justamente desde el inicio, desde siempre, y la sexualidad humana debe realizarse a través de ella. (...) Esto quiere decir el Edipo".

A través del esquema denominado Lambda, Lacan formula una forma de poner en gráfico, en letras, la relación del sujeto con la ley:



El sujeto recibe del Otro su posición respecto de la ley; la ley en juego es la del Edipo, su resolución debe permitir al sujeto asumir un rol sexual. El yo (campo imaginario representado por el vector $a' \dots a$) aparece determinado desde una matriz simbólica: la asunción de una imagen sexual se hace posible mediante la existencia de una ley.

Esta ley se expresa en *significantes*, no significa nada. Dice que, por ejemplo, como varón puedo establecer vínculos sexuales con tales mujeres y no con tales otras, pero no señala acerca de qué es ser un varón o una mujer. Es una pregunta que cada sujeto se formula en su yo, de tal manera que aquello que el yo de cada uno es un modo de respuesta, la significación de ello. .../..."*el neurótico hace su pregunta neurótica, su pregunta secreta y amordazada, con su yo. (...) La estructura de una neurosis es esencialmente una pregunta.*

Si la ley simbólica se pudiese aplicar de forma perfecta no habría un resto que permitiera hacer una pregunta. La neurosis es facilitada por la existencia de la dimensión imaginaria que, más allá de los significantes de la ley, requiere de significados que digan qué cosa somos. La neurosis construye una imagen a la que se identifica en lugar de formular la pregunta por el significado del ser. La construcción de esta imagen (yo ideal) es a partir de la existencia previa de la ley simbólica.

Quizá ahora podremos abordar la explicación estructural que Lacan postula acerca de la psicosis. Se sustenta en lo siguiente: en el contexto de la estructura simbólica, en el sujeto psicótico somos testigos de la falta de un significante: "*¿De qué se trata cuando hablo de Verwerfung? Se trata del rechazo, de la expulsión, de un significante primordial a las tinieblas exteriores, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel. Este es el mecanismo fundamental que supongo está en la base de la paranoia. Se trata de un proceso primordial de exclusión (...)*".

El significante es rechazado en lo simbólico y cuyo destino será reaparecer en lo real. Cuando el sujeto psicótico sea interpelado acerca de ese significante que fundamenta la existencia de su posición como ser sexuado, no podrá responder, en su lugar se ubica un agujero. Esto es lo que precipitará su psicosis que propondrá como fenómenos de inicio, formas de "*retorno en lo real*" (alucinaciones, interpretaciones, estados pasionales, etc.).

Efectivamente, la pregunta no será planteada por el sujeto, vendrá de otro, y recaerá sobre el yo. Por ello mismo que en la fenomenología de la psicosis se pone de manifiesto en la dimensión imaginaria. *"(...) no parecerá extravagante que diga que también es posible que la pregunta se haya hecho primero, que no sea el sujeto quien la haya hecho. Como mostré en mis presentaciones de enfermo, lo que ocurre en la entrada en la psicosis es de este orden".*

Podemos establecer las etapas que siguen:

- Un estadio previo, donde no se precipita ningún indicio de enfermedad, y que suele conllevar una "compensación imaginaria" del elemento simbólico ausente (similar al mecanismo del "como sí", de H. Deutsch acerca de la esquizofrenia).
- A partir del planteamiento de la pregunta (no deja de ser un llamado que deviene del campo del otro), el sujeto se confronta al agujero en la dimensión simbólica; este es el momento que Lacan denomina momento que Lacan califica de *"pre-psicosis"* *"la sensación que tiene el sujeto de haber llegado al borde del agujero. (...) cuando la falta se hace sentir en cuanto tal".*
- Le sigue un desencadenamiento, en el cual *"la falta de un significante lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio el conjunto del significante".*

Todo el orden simbólico es puesto en cuestión, siendo preciso una labor de reconstrucción. Este período presenta los efectos devastadores que se producen: *"disociación, fragmentación, movilización del significante en tanto palabra, palabra jaculatoria, insignificante o demasiado significante, plena de insignificancia, descomposición del discurso interior".*

- Finalmente, le sigue un movimiento *"restitutivo"*, con el objeto de recomponer el "orden simbólico roto" mediante la introducción de una *"metáfora delirante"*, es decir, algo a modo de sustitución que se ubique en el lugar del significante ausente y facilite, a partir de él, una reconstrucción del universo simbólico.

Fijémonos brevemente en la referencia del caso Schreber. Encontramos un largo estadio previo, donde pierde la estabilidad a partir de una pregunta que se expresa mediante una fantasía *"debe ser bello ser una mujer en el momento del coito"*.

A partir de ahí, le suceden diversos fenómenos elementales (ideas persecutorias, alucinaciones). El orden simbólico se cae, se deja ver en la *"fantasía del fin del mundo"*, que toma a su vez sentido a partir de la organización delirante: *"Dios creará una nueva raza de seres, y para ello es necesario que Schreber se convierta en mujer y engendre en su vientre esa nueva raza"*. El delirio estructura el mundo, lo reorganiza, aportando a Schreber una significación que se hace valer de ella como respuesta a la formulación por su ser: *"tú eres la mujer de Dios"*.

Bibliografía

- Adrien, J.L. Barthelemy, C., Etorneau, F., Dansart, P., Lelord, G. Etude des troubles de la communication et de la cognition d'enfants autistes. Neuropsychiat. En Ado., 1988.
- Aicardi, J., Ramos, O. Le syndrome de Rett: autisme, démence et ataxie d'évolution progressive chez la fille. Neuropsychiat. En Ado., 1986.
- Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatría infantil. Elsevier, España 1996.
- Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. Psicopatología del niño. Masson 1988.
- Aulagnier, P. Remarques sur la structure psychotique, en La Psychanalyse, nº8, 1964.
- Amar, M. Essai sur l'évolution de la nosographie des psychoses infantiles. These, Bordeaux, 1975.
- Balint, M. The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. Tavistock Publications, Londres.
- Ban, T. y Ucha, R. Clasificación de las psicosis. Ed. Salerno, Buenos Aires 1995.
- Berquez, G. L'autisme infantile. P.U.F. Paris 1983.
- Bettelheim, B. La forteresse vide. Gallimard, Paris 1969.
- Bizouard, P. Clinique des expressions délirantes chez l'enfant. Neuropsychiat. Enj Ado., 1989.
- Bleger, J. El concepto de psicosis, Rev. APA, Tomo XXVIII, Nº1. Buenos Aires. 1971.
- Bleichmar, H. Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Paidós, Buenos Aires 1997.
- Carlier, M., Rouberthoux, P. Psychoses amantifestations précoces et psychoses manifestations tardives: apport de l'analyse génétique. Psych. enj, 1979.
- De Waelhens, A. La psicosis. Morata. Madrid 1972.
- Despert, L. La schizophrénie infantile. P.U.F., Paris 1978.

- Dolto, F. El caso Dominique. Siglo XXI, Buenos Aires 1973.
- Duche, D. J., Stork, H. Psychoses etsyzophrénies infantiles. E.M.C., Paris 1971,
- Freud, S. Obras completas. Amorrortu, Buenos Aires 1978
 - “Manuscrito H. Paranoia.
 - Las psiconeurosis de defensa.
 - El hombre de los lobos.
 - El yo y el ello.
 - Neurosis y psicosis.
 - La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis.
 - La escisión del yo en el proceso defensivo.
 - Esquema del psicoanálisis. Parte III. La ganancia teórica. El aparato psíquico y el mundo exterior.
 - El fetichismo.
 - La negación”.
- Geissmann, C.L. L'enfant et sa psychose. Dunod M., Paris 1984.
- Kanner, L. Les troubles autistiques du contact affectif. Traduction française de l'article paru dans Nervous Child, 1943, par M. Rosenberg.Neuropsychiat. Enj Ado., 1990.
- Kanner, L. Etude du devenir de onze enfants autistes suivis en 1943. Traduction de l'article paru dans J. Autism Schizophr., 1971, Traduction par M. Rosenberg.Neuropsychiat. Enj Ado., 1992.
- Klein, M. Essais de psychanalyse. Payot, Paris 1972.
- Klein, M. La psicoterapia de las psicosis, en Contribuciones al psicoanálisis. Hormé. Buenos Aires. 1964.
- Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. PUF, París 1971.
- Lacan, J. Escritos I y II. Siglo XXI, 1980
- Lacan. J. Seminario I. Escritos técnicos de Freud. Paidós, Barcelona 1995.

- Lacan. J. Seminario III. Las psicosis. Paidós, Buenos Aires 1992.
- Mahler, M. Psychose infantile. Payot, Paris 1973.
- Mahler. M. Psicosis infantil, simbiosis e individuación. Payot, Paris 1984.
- Manzano, J., Lamunier M. C., Peckova, M. L'enfant psychotique devenu adulte. Neuropsych. Enj A do., 1987.
- Marcelli, D. La position autistique: hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques. Psychiatrie Enj, 1983.
- Marcelli, D. Position autistique et naissance de la Psyché. P.U.F. Paris 1986.
- Meltzer, D. Bremner J., Hoxter, S., Weddell, D., Wittenberg. Le monde de l'autisme. Payot, Paris 1980.
- Mises. R. Las psicosis del infante. E.M.C, Paris 1970
- Paz, J. R. Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos. Nueva Visión, Buenos Aires 1973.
- Pichon Rivière, E. Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos. En Rev. de Psicoanálisis, Tomo XVIII, N°2, Buenos Aires 1961.
- Sauvage, D. Autisme du nourrisson et du jeune enfant. Masson, Paris 1986.
- Soulé, M, Golse, H. Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent. Hayard Paris 1992.
- Soulé, M., Houzel, D., Hollaert, S. Les psychoses infantiles précoces et leur traitement. Psych. enf, 1976.
- Tustin. F. Autismo y psicosis infantil. Paidós, Buenos Aires, 1977.
- Winnicott. D. M. La crainte de l'effondrement. Nouvelle revue psychanalyse. Gallimard, Paris 1975.
- Winnicott, D.M psicoanalítica infantil. Hormé, Buenos Aires 1975.
- Winnicott, D.M. Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Laia España 1954.

Cuestiones

1. Qué tres parámetros indica Kaplan, Sadock y Grebb para delimitar las psicosis.
2. Indica la distinción de Bleger dentro del concepto de las psicosis.
3. Realiza un resumen de la postulación de Freud sobre las psicosis.
4. En el estudio clínico de las psicosis, indica el par aislamiento-autismo.
5. Aporta los trastornos del lenguaje y de la afectividad en la psicosis infantil
6. Señala el autismo precoz de Kanner.
7. En las psicosis de la segunda infancia qué se observa en el curso de episodios agudos caracterizados por una intensa angustia.
8. En las psicosis de segunda infancia, señala los factores de pronóstico desfavorable.
9. En el ambiente y papel de los padres, qué destaca Rutter, Goldfard y Meyers.
10. Realiza un breve comentario de las ideas aportadas por Lacan acerca de la psicosis.