

Psicosis Infantiles

1. [Preámbulo](#)
2. [Antecedentes](#)
3. [El término “esquizofrenia”](#)
4. [Escuela francesa y escuela alemana](#)
5. [Historia y clasificación](#)
6. [Trastornos psicóticos precoces](#)
7. [Factores etiopatogénicos](#)
8. [Condiciones de un tratamiento](#)
9. [Tratamiento de las psicosis infantiles](#)
10. [Conclusiones](#)
11. [Referencias Bibliográficas](#)

Preámbulo

Antes de entrar a las Psicosis infantiles, nos parece conveniente, realizar un esbozo de lo que es la Psicosis; por ello les invito a navegar en este amplio mundo, del cual nos encontramos profundamente enamorados, pues dados de la mano de estos seres extraordinarios quienes estudiaron a través de sus sacrificio, todo por la ciencia en busca de alivio de sus dolencias del cuerpo y alma, que los llamaríamos la sociedad de los científicos muertos; para dar vida a nosotros la sociedad de los científicos vivos, como diría paradójicamente Walt Whitman en su bello poema De la Sociedad de los poetas muertos: “Aprovechen el día”

La esquizofrenia como entidad clínica no ha existido siempre, y el término que la designa, forjado por Eugen Bleuler, no es pensable sin el psicoanálisis. Sigmund Freud no la ignoraba, era contemporáneo al movimiento de elaboración de este concepto.

Asimismo, en el diagnóstico y la delimitación de la esquizofrenia, desde el comienzo se da un debate en torno a los parámetros que llega hasta la actualidad.

Desde su origen, el psicoanálisis ha privilegiado el caso particular, el detalle, lo no generalizable, pero también ha hecho uso de las clases de los sistemas de clasificación. Así, apoyándose en los psiquiatras de su época -Kraepelin, Meynert, Kraft-Ebbing, por citar a los más destacados-, Freud establece sus grandes cuadros diagnósticos: las psicosis, las neurosis y las perversiones.

El diagnóstico, el encuadre nosográfico, tiene un trayecto general: por un lado los signos, la descripción semiológica de los casos, y por otro el ordenamiento en una clase. En cuanto a la esquizofrenia, es un ejemplo de cómo cualquier clasificación tiene algo de relativo, de artificial.

Para el psicoanálisis, en lo que respecta a Freud y Jacques Lacan, habrá un intento de fundamentar las clases desde una articulación entre la verdad de los signos -que nunca es absoluta sino que tiene variedades-, y lo real, como agujero en lo universal de las clases y del que responde lo particular de cada sujeto. (Belaga 3)

Antecedentes

La historia de la esquizofrenia es la de una oposición en la nosografía que se remonta a la psiquiatría clásica.

La terminología clínica psicoanalítica es el resultado de esa elaboración, y la división entre paranoia y esquizofrenia, una herencia de la clínica psiquiátrica, más precisamente, una herencia de E. Kraepelin.

En Kraepelin, el concepto de paranoia hace pareja con el de demencia precoz, que se encuentra en Freud, sobre todo en su correspondencia. En esa época, los años 1905-1908, los cuadros clínicos a delimitar eran paranoia y demencia precoz.

El término paranoia se distingue para Kraepelin de manera muy neta: corresponde a un desarrollo muy lento del delirio, que adopta una forma persecutoria. En la *dementia praecox*, por el contrario, no existe una sistematización delirante y acaba en un deterioro intelectual progresivo.

Hay además un grupo muy extenso, que incluye los delirios persecutorios mal sistematizados, como la demencia paranoide, que es el diagnóstico de Schreber.

Antes de exponer la elaboración del cuadro de la esquizofrenia, conviene repasar la conformación de la paranoia como su antecedente lógico.

Lacan evoca el nacimiento del concepto de paranoia al inicio del siglo XIX; el término es de W. Griesinger y data de 1845; luego fue retomado por Kahlbaum en 1863.

En Griesinger la paranoia emerge como término y categoría: se trata de una afección primitiva, es decir, que como tal no depende de causas exteriores ni de una enfermedad anterior.

Kahlbaum la sitúa en un marco de referencia kantiano, en el que se distinguen las afecciones que involucran los afectos, las afecciones que involucran la voluntad y las afecciones que involucran el entendimiento y el juicio. En esta tripartición, la paranoia es una afección del entendimiento y el juicio.

Al comentar la *Antropología* de Kant, Klaus Dörner dice: “Kant quiere dejar a los médicos la locura delirante con fiebre que es una enfermedad corporal, pero la locura auténtica debe permanecer como objeto de la filosofía.”

La antropología en el sentido de Kant será el fundamento de la psiquiatría alemana surgida del neokantismo de Kahlbaum, Schüle, Krafft-Ebing y Kraepelin.

Después de Kahlbaum, comenzaron a multiplicarse las indicaciones sobre las formas secundarias de la paranoia; se incluyó bajo el nombre de paranoia aguda lo que en la clínica francesa se designa como *bouffée delirante*.

Fue necesaria la intervención de Kraepelin para que de esta historia surgiera una definición estricta y acotada de la paranoia, primitiva y altamente sistematizada, y que produjo el rechazo de la demencia paranoide, de la que Schreber sigue siendo el mayor ejemplo para el psicoanálisis, hacia la demencia precoz.

El término “esquizofrenia”

El término es estrictamente de Bleuler, y data de 1911, es decir, es posterior al surgimiento del psicoanálisis.

Por tanto, en la paranoia tenemos un concepto puramente psiquiátrico, un concepto anterior al psicoanálisis, aunque haya sufrido el impacto de éste sobre su clínica, mientras que el concepto bleuleriano de esquizofrenia es una producción del discurso analítico, es el resultado del trabajo de los conceptos analíticos sobre el material kraepeliniano, debido a los esfuerzos de Bleuler y la escuela de Zürich. Esto se deduce del título mismo de su obra: *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Aparentemente, se trata de una palabra en el lugar de otra.

El concepto de demencia precoz aparece en la cuarta edición del Tratado de Kraepelin (1893) y ocupa el lugar de un capítulo que en las ediciones precedentes se llamaba “Procesos de degradación psíquica”, en el que se ubicaba primeramente la demencia precoz, en segundo lugar la catatonía y en tercer lugar las demencias paranoides.

A partir de la cuarta edición, “demencia precoz” deviene el término que engloba todo esto y que aparece por lo tanto como una gran síntesis.

En 1899, en la sexta edición, se define exactamente como una afección autónoma que implica un debilitamiento intelectual global, progresivo, e irreversible, en jóvenes o adultos jóvenes. Se distinguen tres categorías esenciales: la hebefrenia, la catatonía, y la demencia paranoide. Aquí Kraepelin pone el acento en la pérdida de la unidad interior y la destrucción de las conexiones internas de la personalidad psíquica.

▪ Inflexión en la clínica de la esquizofrenia

Finalmente, en el año 1911, capital en la historia de la psiquiatría y del psicoanálisis, aparecen a la vez el libro de Bleuler sobre la esquizofrenia, el libro de C. Jung sobre la libido y el texto de Freud sobre Schreber. Se podría pensar que en esa fecha se produce la inflexión que hoy nos ocupa en la clínica sobre la esquizofrenia.

El cuadro bleuleriano se caracteriza por la disociación de las funciones, en lo concerniente a la inteligencia, al comportamiento y a los afectos. Esto es lo que otorga fundamento al término de esquizofrenia, ya que implica una “escisión” de la mente.

Asimismo, Bleuler hace de ella un síndrome al hablar del grupo de las esquizofrenias, caracterizado por un déficit que da un proceso de disociación, atribuyéndole un origen orgánico.

Al respecto, como no deja de subrayar Freud en 1914, en su escrito sobre la historia del movimiento analítico, Bleuler siempre ubica una causa orgánica, a pesar de que en la esquizofrenia aplicó la doctrina freudiana, precisamente cuando destaca que los síntomas tienen un sentido psíquico.

La concepción de Bleuler de que estos enfermos sufrían de algo que no era psíquico, aunque su manifestación fuese psíquica, aparece también cuando introduce el famoso término de *autismo*, que cercena la sexualidad infantil que encierra el *autoerotismo* freudiano.

De esta manera, la reformulación con respecto a la demencia precoz no es simplemente una palabra por otra, como se ve también en la presentación de los tres síntomas primordiales de la esquizofrenia: el trastorno de la asociación de ideas, el ya mencionado autismo y la ambivalencia.

Respecto de estos rasgos, el primero es el que ocupa el centro de la presentación y a partir del cual surge la definición de esquizofrenia y sus subcategorías. Es decir, que la esquizofrenia está determinada por esta definición intelectual: *el trastorno de la asociación de ideas*.

Si esta esquizofrenia bleuleriana se impuso en la psiquiatría, fue por el rodeo que muestra por el lado del discurso analítico. Fueron los psicoanalistas los que generalizaron el término y, como escribe J.-A. Miller, *"no por azar finalmente el concepto se impuso realmente después de la Segunda Guerra Mundial, luego de la dispersión de los analistas de Europa central en el mundo, y especialmente en los Estados Unidos."*(Belaga 4-5)

Escuela francesa y escuela alemana

En este sentido, antes de avanzar en lo que concierne a la esquizofrenia y el psicoanálisis, hay que precisar que el término no fue adoptado en Francia de entrada, y este dato es sustancial ya que sobre estas coordenadas se erigió la enseñanza de Lacan.

Este hecho sirve incluso para pensar algunas diferencias respecto de Freud, ejemplificadas a partir de un cuadro comparativo, el cual permite distinguir la escuela francesa de las respectivas descripciones de Kraepelin y Bleuler. (Ver Cuadro 1)

ESCUELA FRANCESA	KRAEPELIN 8ª EDICION	BLEULER
PARANOIA Delirios Sistemáticos <ul style="list-style-type: none"> -delirio de reivindicación -delirio de interpretación -delirio de imaginación -Confabulante -Formas paranoides de la esquizofrenia PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA -Delirio crónico (Magnan) -Formas fantásticas -Delirio de influencia (Séglas) (formas psicomotrices)	<ul style="list-style-type: none"> -Delirio de querulancia* -Paranoia -Parafrenias ESQUIZOFRENIA: -Parafrenia sistemática (Schreber) -Parafrenia (demencia) fantástica -Demencia paranoide ligera (por el cuadro terminal)	Paranoia -Expansiva
DEMENCIA PRECOZ -Demencia Paranoide Grave (por el cuadro terminal) -Catatonía Formas distímicas -Hebefrenia -Forma simple	-Demencia paranoide -Catatonía -Hebefrenia -Demencia simple	-Catatonía -Hebefrenia -Demencia simple

Delirio de interpretación Parafrenia expansiva
 Delirio de imaginación Parafrenia confabulante

* Delirio de querulancia: psicógeno, delirio sectorializado y de curso remitente, no crónico.

Causa exterior, traumática.

Elaborado por: Dr. Juan Diego Sigüenza Rojas

El antecedente de estas concepciones resulta fundamental para entender el debate en el seno de la clínica psicoanalítica impulsado tanto por Freud como por Lacan, en la construcción de los conceptos de esquizofrenia y paranoia.

A su vez, basándose desde sus propios *backgrounds* en estas "envolturas formales" sintomáticas, ambos las remitieron a una causalidad diferente, ya no la orgánica a la que se adscribían usualmente las escuelas psiquiátricas de referencia.

En principio, a partir del siglo XIX, existió una diferencia sustancial entre las descripciones francesas y las alemanas.

Así, la escuela francesa se preocupaba por el período de estado de las psicosis: es decir, acumula puntillosamente descripciones diferenciales de las diversas formas delirantes, agudas y crónicas, alucinatorias o no alucinatorias.

La escuela alemana, en cambio, se centraba en los estados terminales de la locura: aparece en este sentido, un arco clínico con Kraepelin como su máximo representante, que va de la paranoia en tanto estado delirante altamente sistematizado, crónico, no alucinatorio, sin deterioro intelectual, a la demencia precoz, cuya característica son los estados agudos o crónicos que evolucionan fatalmente hacia una forma particular de deterioro mental. Su núcleo son la hebefrenia y la catatonía.

Pero las principales controversias entre estas corrientes psiquiátricas surgen sobre todo en relación a la demencia precoz y las psicosis alucinatorias. Por ejemplo, J. Séglas, en 1900, rechaza la síntesis kraepeliniana y limita la demencia paranoide a las formas delirantes y alucinatorias de la hebefrenia.

Luego, G. Ballet describe en 1911 las psicosis alucinatorias crónicas. En respuesta, Kraepelin elabora en 1913 las parafrenias

Kraepelin

Cuando en 1896 Kraepelin separó de las diversas locuras un grupo de estados morbosos mentales los llamó "estados de demencia precoz". Se refirió a pacientes adultos psicóticos tratados por él: habían padecido en la infancia: "debilidad mental".

Bleuler

Cuestionó profundamente a Kraepelin y fue más lejos: la esquizofrenia podía instalarse desde los 7 años. Delimitó un proceso psíquico y no el efecto de una debilidad mental. Así, planteó a inicios del siglo una diferencia esencial con la llamada psiquiatría clásica y, acorde con su propuesta, afirmó la posibilidad de una vía psíquica para el tratamiento.¹

Bender

Bender discute a Bleuler y Kraepelin. Subrayó en sus antecesores una confusión al poner en la misma bolsa esquizofrenias y psicosis. Postuló: una "esquizofrenia no siempre significa psicosis". Distinguió tres cuadros clínicos. De su exposición, incluida en el Manual de Psiquiatría Infantil de Leo Kanner he tomado algunos aspectos.

1. Niños que presentan un cuadro del tipo seudoeficiente. Su maduración es retardada, en cuanto al contacto con el mundo. Después de un primer desarrollo normal o precoz, regresan a etapas anteriores. Son inhibidos, retraídos, apáticos, mudos. Tensos, ansiosos, temerosos, al afrontar nuevas pruebas fracasan. No admiten separarse de lo ya conocido: la madre. Indefensos, sucumben a enfermedades y tienen un tono muscular débil.

Conservan costumbres motoras infantiles: colgarse, mecerse y girar. Ahora bien: no son niños deficientes, en el sentido de Kraepelin; su maduración -constata Bender- se ha trabado por razones afectivas, familiares, sociales.

Evoco aquí a un niño de 8 años. Vino a mi consultorio con un problema de retardo madurativo grave para su edad: hablaba aunque no caminaba por sus propios medios. Jugaba sentado: si se paraba, caía. No tenía tono muscular: se enrollaba sobre sí mismo en el piso como si fuera un muñeco de goma. No podía subir o bajar escaleras sin sostén. Si bien se relacionaba con los demás, no iba a la escuela, a una plaza, no subía a una hamaca. Tres escalones en el tobogán, eran una hazaña: mareado, caía.

Después de unos meses de análisis, en una entrevista, la madre alumbró el camino a seguir: Recuerda a un sobrino nacido muerto; ella sintió esa muerte en su cuerpo. A los pocos días su hijo nació,

¹ **Bleuler, Eugenio.** Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias, Colección Psiquiatría, Editorial Lumen.

pero ella estaba muerta. ¿Y usted?, le pregunto al padre. Responde que estuvo de acuerdo en ponerle al hijo el nombre del muerto para poder evocar para siempre, al hijo del "amado hermano" de la esposa. Durante las entrevistas siguientes se habla de este tema: el duelo por el muerto; ¿por qué llevar el mismo nombre tendría que hacerlos uno?.

Mientras, el niño empieza a recuperar su tono corporal. Se mueve, camina, sube y baja algunos escalones. Los padres me preguntan si pueden llevarlo a la plaza. Deciden hacerlo y el niño logra subir al tobogán. Juega. Meses después sale de campamento sin sus padres, esto es, sin su habitual sostén corporal: es que ya había para él tono, tono significativo. El pediatra se sorprendió con el cambio logrado en pocos meses. Pero la más sorprendida fui yo. ¿Cómo podía ser que el trabajo de un significativo mortífero: "el muerto está vivo en nuestro hijo muerto" tomara de ese modo su cuerpo hasta hacerlo de goma?.

Después del campamento, ya no lo trajeron más. De mi lado, esa suspensión me retuvo como para volver varias veces a reflexionar qué pasó ahí. También me dejó una enseñanza respecto de niños con graves retardos madurativos, con falta de tono muscular, propensos a enfermarse, o ya enfermos: puede muy bien producirse esa sintomatología a causa de significantes coagulantes, tal como, aunque sin fundamentar, planteaba Bender.

2. Los niños del tipo seudoneurótico. Son muy precoces, ansiosos, tienen fobias, miedos, hacen preguntas obsesivas, estereotipadas. Se trata de una pseudo neurosis; un cuadro en parte aún no constituido, y susceptible de ser tratado por medio de la palabra.

3. Los niños del tipo seudopsicopático presentan conductas más maduras. Psicópatas, ajenos, antisociales, delincuentes, no los excluye de un tratamiento por la palabra.

Cuestiona la nosografía que soslaya la experiencia misma. Se exclama: "Hablan de niños psicóticos sin haberlos visto nunca". A su vez los psiquiatras cuestionaron: ampliar tanto el campo hace perder especificidad al concepto.

Bender intenta cernir un real que para la nosografía se coagula en "cuadro". Y si bien lo cuestiona, se le escapa ese real, desbordando sus propios límites. Hasta aquí Bender.

Leo Kanner

En este panorama confuso se inserta Leo Kanner con una posición hoy ya clásica. En su libro se presentifican las vacilaciones que el campo de las psicosis infantiles proponen a la terapéutica psiquiátrica; y también el efecto que los fundamentos del psicoanálisis produjeron en la psiquiatría en lo referente a nuestro tema.

¿Qué hace Kanner?. Elabora un concepto en base a su amplia experiencia con niños. En 1943, introduce en la gnoseografía un nuevo término: "autismo infantil precoz". Relata casos de niños tratados por él, que "denotaron tendencia al retraimiento antes de haber cumplido el año de edad"². Luego especifica, en el mismo capítulo, otras características: "...niños con diagnóstico de intensa debilidad mental o de deficiencia auditiva. ...cocientes de inteligencia muy bajos y... falta de reacción a los sonidos, o... insuficiente...". Despeja así del campo de las esquizofrenias o psicosis y de los retardos y debilidad mental, una entidad clínica: la del autismo precoz. Los síntomas de debilidad mental o deficiencia encubrían que "...la capacidad cognoscitiva de los niños no estaba comprometida". Más adelante: "En todos los casos se estableció que no había deficiencia auditiva" (Id). En suma, no había compromiso orgánico.

Explicita el alcance de su concepto: Se trata de niños en relación a los cuales... "El denominador común (es)... su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y situaciones". Y continúa: Estos niños parecen ignorar a las personas que los rodean; "dan la impresión de sabiduría silenciosa... Casi todas las madres recuerdan el asombro que les producía el hecho de que sus hijos no adoptaran la posición propia de los niños que quieren que los tomen en brazos. Esta forma de adaptación se cumple universalmente en todos los niños a los cuatro meses de edad" (Id).

Manifiesta con buen criterio clínico, aunque en un nivel fenomenológico, la determinación familiar y del lenguaje en los síntomas psicóticos en la infancia.

Mahler

Separó de los niños esquizofrénicos aquellos cuyas afecciones "giran sobre el desesperado esfuerzo de evitar la catastrófica ansiedad producida por la separación de la madre y el hijo". (2) Deja atrás la concepción demasiado general de Bender. Crea el concepto de "psicosis infantil simbiótica" poniendo el acento en términos de la relación catastrófica con la madre: el conflicto psicótico se produce por un vínculo patógeno, y no por una falla orgánica. El vínculo simbiótico no soporta la separación que se torna catastrófica. Hasta aquí su aporte.

² Ídem.

Vale preguntarnos: ¿Qué es la simbiosis? Digo: se trata de un nudo de goce sin pérdidas; de una letra que fija y retiene al sujeto en el Otro real de las primeras dependencias: en él no incide o es inexistente el significante del Nombre-del-Padre.

Paradójicamente, el descubrimiento de Mahler, relativo a una modalidad del goce entre algunas madres y sus hijos se trastoca en un obstáculo: la vía terapéutica que propone es interesante pero insuficiente. Encuentra un tope en su concepción misma: la simbiosis materna. ¿Por qué? Porque pone la causa en la madre concreta y cotidiana y no en la relación de esos padres a su Otro. No se llega a clivar a la madre de sí misma culpabilizándola hasta extremos increíbles. Este método terapéutico lleva paradójicamente a una fijación en esa simbiosis patógena.

A pesar de los obstáculos señalados, Kanner, Bender y Mahler entre otros, posibilitaron avances clínicos. Produjeron sus concepciones ya muy alejados de Kraepelin y Bleuler. Mientras -y desde bastante tiempo atrás- avanzaba el trabajo de la psicoanalista Melanie Klein.

Melanie Klein

Presenta su concepción sobre psicosis infantiles en varios lugares. En un trabajo de 1930, llamado "La psicoterapia de las psicosis", incluido en Contribuciones al psicoanálisis y editado por Hormé, prácticamente extiende el concepto a la estructura propia de la primera infancia: "...no es exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos a causa del impulso del propio niño a atacarlos". El Psicótico, dice, padece, precisamente, de la relación a esos objetos peligrosos.

Melanie Klein, no incluye la escucha de los padres; sin embargo, se producen modificaciones al analizar los fantasmas paternos y objetos primarios deducidos de los relatos y juegos de los niños en la sesión. Kanner, en cambio, dice: "parecen tener cierto éxito las terapias que se ocupan al mismo tiempo de los adultos que rodean al niño". No, en cambio si se le dan drogas o electroshock. Ahí, afirma, el fracaso es total.

Otto Fenichel

También Fenichel incursionó en las esquizofrenias infantiles a las que llama indistintamente esquizofrenias o psicosis infantiles. Después de plantear que se trata de un tema donde las posiciones son controvertidas, afirma: "Desde el punto de vista psicoanalítico... las psicosis infantiles representan, más que 'regresiones', perturbaciones graves en el desarrollo del yo, el cual conserva... un número mayor o menor de características arcaicas...".(3)

La cuestión se centra -según Fenichel- en el desarrollo yoico y no tanto en una actualización a posteriori de las fijaciones patógenas. Se acerca así al planteo psiquiátrico en lo relativo al desconocimiento de la estructura del sujeto en la que el yo, es un efecto imaginario, necesario. Pero, el fortalecimiento del Yo planteado por Fenichel, lleva en cambio, a un ensanchamiento narcisista; parece desconocer en parte el descubrimiento freudiano: el deseo circula, precisamente, donde el yo vacila.

Jacques Lacan

A partir de Lacan se inicia otra historia. Fundamenta la emergencia del sujeto a partir del significante. Dice Lacan: "Son necesarios muchos estragos cometidos por el significante para que la realidad entre en cuestión". "Esos estragos hay que asirlos muy atemperados en el status del fantasma..." (4. pág. 156). Es decir que los fantasmas vienen a atemperar, remendar incluso, los baches significantes. Cooper, en una frase ya clásica apunta al linaje. Dice: "Para obtener un niño psicótico hace falta por lo menos el trabajo de dos generaciones, ya que él mismo es el fruto en la tercera"(Id).

Ya Kanner confirmó que en muchísimos casos no se trata de que sea sordo, mudo, débil mental o retrasado. Por el contrario, presenta muy tempranamente, casi desde los primeros días de vida, una sensibilidad peculiar para el lenguaje paterno, cuyo efecto es una tenaz oposición, un negativismo persistente en el nivel mismo del lenguaje. Se produce tanto en relación a las palabras, como hacia el vínculo de amor y las caricias paternas. También se produce este efecto en relación a los juguetes y la comida ofrecida.

La teoría del espejo marca el inicio de las primeras concepciones lacanianas. Nos sirven como instrumento teórico para cernir las patologías del estadio del espejo clínicamente detectables en los materiales clínicos.

En octubre de 1967, un grupo de profesionales convocados por Maud Mannoni se reúne en torno a un coloquio cuyo título era: "La infancia alienada". Los resultados, en su momento novedosos y fecundos, se reunieron en el libro "Psicosis infantiles" ya mencionado. Hubo allí, ponencias de valor actual. Se cuestionó la psiquiatría clásica en sus fundamentos revelando una preferencia por referirse al sujeto que habla y no a las clasificaciones que lo desvanecen. (4. Pág. 9).

Historia y clasificación

Dentro de los trastornos emocionales incluimos por la gravedad de la problemática y por la relevancia que ha adquirido en los últimos tiempos, de lo cual es fiel reflejo la abundante literatura existente, la temática de autismo y las psicosis infantiles. Si bien sería necesario hacer algunas matizaciones sobre la consideración de estos trastornos como trastornos netamente emocionales, no creemos que este sea el lugar oportuno.

Optamos por dar más amplitud a esta temática que a las anteriormente expuestas y lo hacemos no sólo de forma descriptiva como nos hemos limitado a hacer con ellas, sino incluyendo algo que nos parece de capital importancia para el profesional de la educación como es el análisis de las necesidades educativas de estos sujetos así como algunas orientaciones sobre la intervención educativa.

Ajuriaguerra (1980, 675) define la psicosis infantil como un trastorno de la personalidad que evidencia un desorden del yo en cuanto a su organización, lo mismo que muestra una relación perturbada del niño con su mundo circundante y que se evidencia por:

1. Un comportamiento inapropiado frente a la realidad, ya sea por un retiro autista o por una fragmentación del campo de la realidad.
2. Una restricción del campo de la utilización de los objetos.
3. Un compromiso afectivo, cognitivo y de la actividad insuficiente o parcialmente exagerado, demasiado focalizado o desperdigado que resulta luego un comportamiento hiperrígido o inconsistente.
4. Una vida de fantasía pobre, o de tipo mágico-alucinatorio aplicada sobre lo real.
5. Una actitud demasiado abstracta o demasiado concreta, que limita la movilidad del campo de pensamiento o de la acción.
6. Una comunicación restringida o distorsionada tanto en los intercambios verbales como en los emocionales y afectivos.
7. Una relación inadecuada con las personas.

Estos serían, pues, a grandes trazos, los parámetros fundamentales de las psicosis y más específicamente de las psicosis infantiles.

Dentro del amplio abanico de las mismas conviene hacer referencia a cuatro grandes grupos que nos limitamos a enunciar:

I. Psicosis infantiles precoces (antes de los 5-6 años). Dentro de estas se incluyen el Autismo de Kanner, las psicosis simbióticas de Mahler, el autismo secundario regresivo de Tustin, otras formas limítrofes entre la neurosis y la psicosis, la prepsicosis infantil, las organizaciones caracteriales graves y las distimias graves, y las psicosis de expresión deficitaria.

II. Psicosis de la segunda infancia (5-6 años - 12-13 años).

Conocidas también como psicosis del período de latencia. Las manifestaciones psicóticas aparecen como conductas regresivas o desestructurantes en relación a las actitudes anteriores del niño. La mayor parte de las conductas psicóticas sobrevienen después de una infancia aparentemente normal. Acostumbran a tener lugar en personalidades mucho más estructuradas, con un lenguaje ya elaborado en el que se produce una regresión importante, y en las que lo real es percibido como tal.

II. Psicosis afectivas

Así llamadas por Harms, no son psicosis maníaco-depresivas como las del adulto - difícilmente localizables en el niño -. Sí son un conjunto de trastornos del humor, que constituyen el elemento sintomático dominante en un contexto de tonalidad psicótica.

Son algo así como estados prepsicóticos en los que el niño expresa angustias depresivas muy intensas, fantasmas de muerte violenta, de catástrofes, de abandono, comportamientos autoagresivos inquietantes.

Evolucionan no hacia las psicosis maníaco-depresivas adultas, sino hacia descompensaciones psicóticas esquizofrénicas, hacia graves caracteropatías marcadas por importantes trastornos relacionales, comportamientos antisociales...

III. Psicosis en la preadolescencia y adolescencia

No vamos a extendernos en ello, simplemente nos limitaremos a anotar aquellos trastornos más característicos que pueden tener su inicio en la preadolescencia o adolescencia sin que necesariamente sean exclusivos de dichos momentos evolutivos.

1. Trastornos esquizofrénicos o esquizofrenia en sentido europeo.
2. Trastornos esquizofreniformes cuya duración oscila desde las dos semanas hasta los seis meses. Si aparecen antes de los 15 años acostumbra a evolucionar hacia la esquizofrenia y si después se considera que su evolución es más favorable.

3. Trastornos esquizoides. Se constata hacia los 18 años cuando se produce una inflexión escolar, accesos de comportamientos agresivos, ensoñaciones solitarias, preocupaciones exotéricas; no tienen amigos de su edad y carece de interés por tenerlos, evita por lo general todos los contactos sociales incluso, en ocasiones, los familiares. Las manifestaciones que acabamos de apuntar han de durar menos de 3 meses.
4. Psicosis reactivas breves en las que aparecen una incapacidad para establecer relaciones sociales.
5. En los trastornos esquizotípicos de la personalidad existen anomalías del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta que no son suficientemente graves para reunir los criterios de esquizofrenia.
6. Estados psicóticos ligados a la ingestión de drogas.
7. Estados psicóticos que suceden a una psicosis infantil.

Trastornos psicóticos precoces

1º. Autismo precoz de Kanner

E. Bleuler introdujo (en 1911) el término de "autismo" para designar la pérdida de contacto con la realidad acarreado, como consecuencia, una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás.

A partir de la descripción de L. Kanner se desprende la noción de un autismo precoz dotado de las particularidades que le son propias, pero sabemos que si nos atenemos a la descripción de L. Kanner, estos casos son raros.

Descripción clínica. Este síndrome es más frecuente en los niños que en las niñas. Aparece generalmente en familias de nivel profesional elevado y de inteligencia superior.

Describimos el cuadro clínico de este autismo infantil en función de las aportaciones de L. Kanner, de B. Rimland y de nuestra propia experiencia.

El niño, de apariencia normal en el momento del nacimiento, es a veces despierto y de gran vitalidad, otras veces apático y llorón. Sólo hasta el cuarto o el octavo mes se observa en estos niños la ausencia de los movimientos anticipadores habituales antes de ser cogidos en brazos y de las aproximaciones al cuerpo para adaptarse a la persona que lo sostiene. Por otra parte, se manifiestan "hábitos motores" importantes sobre un fondo de apatía y de desinterés hacia los demás; progresivamente se encierra cada vez más en juegos ritualizados. En este momento, los padres empiezan a inquietarse por el comportamiento de su hijo, de su falta de reacciones frente a los acontecimientos que se producen a su alrededor, de su falta de valoración social del mundo que le rodea.

Se ha dicho que el niño autista vive en un mundo de objetos, que utiliza de forma estereotipada. Aunque a veces explora el mundo que le rodea, es con la finalidad de fijarse en objetos o en grupos de objetos definidos, de apropiárselos, de manejarlos, sin ninguna actividad constructiva real. Los objetos no tienen un valor social significativo. Cuando los manipula, no da la impresión de que los objetos tengan un carácter de cosa exterior. Aunque parece interesarse en los movimientos que produce y en los ruidos que desencadena, reacciona poco a los movimientos o a las reacciones del mundo animado. Las relaciones del niño autista con las personas son muy particulares. No les dirige ninguna mirada de interés, pasa por su lado sin intentar establecer una comunicación; las relaciones que puede a veces establecer son fragmentarias; elige a su compañero, pero no espera nada de él, ni comparte, ni intercambia. No participa en ningún juego colectivo con otros niños.

Aunque al niño autista no le gustan los contactos epidérmicos, sin embargo, participa a veces en juegos cuerpo a cuerpo con el adulto, pero de una forma agresiva de la que no llega a medir las consecuencias destructivas. En relación con su cuerpo, efectúa pocas actividades exploratorias aunque puede interesarse en determinados fragmentos corporales. La exploración de los demás es también poco importante y una de las características de estos niños es su preocupación obsesiva por lo idéntico o lo inmutable, es decir intentan siempre preservar determinados ambientes, determinados tipos de situación o determinados desarrollos de acciones.

Aunque, en general, estos niños son buenos y dulces, dóciles y fáciles de dirigir, en algunos casos, pueden ser rebeldes y agitados, y en otros estar en constante movimiento y tocándolo todo. No hay motivos para oponer, en lo que se refiere al autismo, al niño hipocinético en apariencia con el niño hiperkinético. Sin embargo, ambos pueden presentar brotes impulsivos durante los cuales rompen los objetos, los tiran y tienen determinados tipos de actividad autoagresiva.

Ambos pueden presentar brotes de angustia intensa, el hipocinético en su propia soledad y el hiperkinético cuando sale de su ambiente habitual. En este caso, el primero puede aumentar su retraimiento, y el segundo buscar ayuda, generalmente en personas no específicas del grupo.

Desde una edad muy precoz se observan sus facilidades por las pruebas de ajustar objetos, su capacidad de ordenación de los objetos o de las formas en tamaños decrecientes, su posibilidad de agrupar los objetos por su forma y, posteriormente, determinadas capacidades constructivas, sin embargo, las planificaciones de conjunto debido a su necesidad de inmutabilidad, capacidades de retención mnésica a menudo extraordinarias, generalmente especializadas (retención de cifras, retención de un idioma extranjero) y capacidades musicales.

Los trastornos del lenguaje, como indicó desde el principio L. Kanner, forman parte de la sintomatología del autismo infantil y su estudio permite incluso realizar un pronóstico sobre el futuro de la personalidad del niño autista. Puede ocurrir que el lenguaje no se desarrolle que aparezca precozmente pero sea poco comunicativo, o que aparezca con retraso más o menos alterado y pobre.

L.Kanner (1946 y 1951) ha descrito las características particulares del lenguaje del niño autista. De forma llamativa y constante, faltan las palabras "yo" y "sí" generalmente hasta el sexto o séptimo año. "Vosotros" o "tu" se emplean en lugar del "yo" (inversión pronominal). "Sí" es indicado repitiendo la pregunta (afirmación por repetición). La transferencia de significado por analogía, por generalización (el todo por la parte) o por restricción (la parte por el todo). La "literalidad", como la del niño para el que "abajo" significa "el suelo". Finalmente, "la ecolalia diferida", repetición simple de una expresión o una frase generalmente fuera del contexto y sin finalidad aparente.

Según S.Wolff y S.Chess, uno de los rasgos más llamativos de los trastornos del lenguaje es la repetición, que puede tomar la forma de propósitos no verbales - lenguaje no comunicativo repetitivo -o bien la forma de repeticiones comunicativas. Otro tipo de comportamiento repetitivo puede ser la repetición exacta de secuencias de comportamiento sin que se adapten a las situaciones ambientales variables.

En el trabajo publicado con R.Diatkine y D.Kalmanson, hemos encontrado algunos trastornos del lenguaje que nos parecen también bastante característicos del autismo infantil. Se trata de melodías rítmicas que no tienen sentido, pero que poseen a menudo un carácter expresivo similar a un lenguaje, idioglosias que, durante la evolución, unen una palabra adquirida recientemente al término idioglósico, alteración de júbilo del lenguaje con unión de palabras por asonancia, duplicación o triplicación de consonantes y vocales de una palabra.

Aparte del lenguaje oral, a veces el niño puede comunicarse con los demás mediante ritos que cambian con el tiempo, ya sea mediante cifras o mediante el dibujo de figuras geométricas que tienen para él un valor en el contexto de los mecanismos de defensa que le permiten anular o destruir símbolos que tienen un carácter de permanencia.

Se ha señalado que algunos niños autistas son capaces de leer en voz alta sin tener una comprensión aparente del significado de las palabras (L.Kanner, C. Benda), y que otros escriben pero no hablan (G. Arnold), como si descargasen afectivamente el lenguaje oral para valorarlo como pictografía a expensas de su valor comunicativo.

Es probable que el pronóstico del autismo sea desfavorable en un niño que no ha adquirido el lenguaje a pesar de haber realizado una reeducación y una psicoterapia, pero, recíprocamente, no puede decirse que el hecho de adquirir pronto el lenguaje, o de hablar más o menos bien antes de los 5 años, permita hacer un pronóstico favorable.

Factores etiopatogénicos

En primer lugar trataremos hipótesis etiopatogénicas en función de los elementos a nuestra disposición, pese a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y de las formas de abordaje utilizadas. En segundo lugar, nos ocuparemos de las hipótesis emitidas a partir de grupos más circunscritos.

1º. Factores hereditarios

La importancia de estos factores en la génesis de la psicosis del niño es en conjunto bastante poco demostrativa y el valor que les atribuyen los diversos autores es discordante. Los estudios se llevaron a cabo, sobre todo, en sujetos adultos, queriendo aplicarlos, por extrapolación, a las psicosis del niño.

En cualquier estudio sobre la herencia es difícil hacer una distinción entre la familia biológica del niño y la que lo ha manejado y educado. El estudio comparativo de los gemelos parece abrir una vía interesante en la investigación de la partición a establecer entre natura y nurtura en dos seres nacidos al mismo tiempo.

2º Factores orgánicos

Son diversas las formas de concebir esta "organicidad" ya sea que consideremos todos los síntomas psicóticos como respondiendo a una no-organización no a una desorganización lesional, sea que estos factores estén en la base a partir de la cual las formas de relación se perturban, sea que

consideremos que algunas psicosis son "orgánicas" y otras "no orgánicas", que haya una disfunción neurológica de base afectando a un sistema particular.

La importancia concedida a los factores denominados orgánicos (anamnesis, exámenes clínicos, objetivaciones por medios paraclínicos, E.E.G., neumoencefalografía gaseosa) responde a veces a una cierta valoración etiológica, sin responder necesariamente a una explicación patogénica. Los datos anatomopatológicos, salvo excepción que responde la mayoría de las veces a un diagnóstico erróneo, no nos aportan prueba demostrativa alguna. Los estudio bioquímicos actuales no nos han aportado aún esclarecimientos válidos, pero pensamos que si la bioquímica progresa (déficit enzimológicos, trastornos inmunitarios, etc) tal vez permitirá actuar sobre algunos grupos, pero no necesariamente sobre el vasto abanico heterogéneo incluido actualmente, bajo la denominación de psicosis del niño.

Tanto si aceptamos una teoría "orgánica", como si aceptamos una teoría "psicogenética" (sobre la base de trastornos de las relaciones interpersonales o sobre la base de una modificación emotiva), nos hallamos siempre frente a una dotación de base a partir de la cual se van a crear organizaciones particulares que no pueden explicarse únicamente por la calidad de estas relaciones. Es evidente que unos trastornos importantes de las primeras relaciones pueden producir por sí mismos graves modificaciones en las primeras organizaciones de la personalidad, pero es igualmente cierto que las aportaciones cuantitativas o cualitativas son diferentemente asimiladas según la calidad del receptor, que puede ser insuficiente para apropiarse los elementos exteriores, o por el contrario, ser incapaz de organizar sus propios mecanismos de homeostasis.

3º Teorías psicogenéticas

Los psicogenetistas han podido considerar que el trastorno psicótico se debe a un modo particular de organización fisiológica (de tipo constitucional, o de tipo adquirido lesional), a un modo de ser fisiológico que, en determinados casos ocasiona una ruptura precoz de las relaciones y, en otros, se manifiesta en un momento de su evolución, modelo psicofisiológico que crea un modo particular de vivir o de responder a los estímulos exteriores y que impide al sujeto recibir los estímulos - alimento necesarios o producir las señales indispensables para la organización de su sistema de relación.

4º El problema de las interacciones padres-hijos psicóticos

La psicosis se considera como una consecuencia de una actitud patógena de la madre o del padre. Lo que parece importante no son las simples actitudes rígidas de uno de los padres o pasividad del otro, ya que en una cierta medida actitudes de este tipo podrían ser formativas, sino más bien la ausencia de comunicación real. El niño que necesita respuestas llegará hasta extremos temerarios para obtenerlas. Esto sólo puede comprenderse a partir de las hipótesis que han sido propuestas por J.Bateson y cols., y adoptadas por J.H.Weakland, a partir del estudio de la familia como microgrupo social y de una situación denominada "doble relación", (double bind); esta situación se caracteriza en el niño psicótico por una imposibilidad de asignar órdenes contradictorias que el que las recibe no puede ni percibir, ni evitar; el que recibe está como inducido a mantener este sistema de comunicación respondiendo por mensajes "doble relación" de su invención. Este tipo de relación no está a nivel de la comunicación clara, sino a nivel de la metacomunicación generalmente no verbal.

3. ¿Qué nos aporta la clínica

"Del lenguaje ofertado por el Otro nace el sujeto. Algo está jugado esencialmente para cada uno desde antes del nacimiento en el nivel que ofrece el deseo del Otro. Un niño puede muy bien ocupar allí el lugar de una falta, incluso con su retardo, con su autismo, con su "problema", puede en la madre realizar un deseo. El niño psicótico se ofrece al goce del Otro. Uno se retira a una soledad autística; otro repite un movimiento incansablemente; un tercero se nombra como si fuera otro; un cuarto no juega. Fijado, un rasgo se repite eterna e incansablemente para el goce o el fastidio del Otro."³

"Un niño, sus síntomas, pueden caer muy bien en ese lugar, apolotonándose para ser consistente, aunque sea devaluadamente consistente para su madre. Niños retardados, niños monstruosos, pequeños delincuentes, también pueden sustentar y retener el goce de la madre o el padre patógeno. Esa situación podemos nombrarla con Freud con el concepto de fijación. Si alguno de los padres llega a cansarse verdaderamente de ese algo "por el cual -dice Lacan- el otro es fijado en un punto de la significación" de un goce mortífero (4. pág. 22), entonces, con suerte, tal vez consulten con un analista.

"Para Lacan, el problema que el niño debe abordar y en el cual el psicótico ha fracasado se plantea, de algún modo, en la relación del niño con la PALABRA de los padres" (Id.). "Lacan delimita la entrada en la

³ **Levín, Sara. El Psicoanálisis con niños psicóticos: Condiciones para un tratamiento.** Publicado en Cuadernos Sigmund Freud Nro 17 (1994).

psicosis alrededor del momento en que, desde el campo del Otro, llega el llamado de un significante esencial que no puede ser recibido" (Id.). Se trata de la forclusión del significante paterno -en la madre-. Surgen palabras que parecen provenir de un imaginario cruel, de un imaginario no mediatizado por lo Simbólico. El estadio del espejo no termina de constituirse. Lo real se impone a la manera de significantes crueles. A ellos el sujeto se aferra porque le significan lazos que le posibilitan no perder al menos en parte su deseo.

No quiere decir que por la forclusión el sujeto esté en lo preverbal. Precisamente no, a tal punto no, que Lacan dice en la "Clausura" del coloquio comentado: "Pero lo que yo pido a todos los que hayan oído la comunicación que cuestiono, es que respondan por sí o por no, si un niño que se tapa los oídos, ¿ante qué? ante algo a punto de expresarse, no está ya en lo posverbal, ya que del verbo se protege" (Id.).

Se protege del verbo quedando petrificado como objeto sin metaforizar: hace signo de su posición de objeto. Una pregunta clínica que retoma las del inicio: ¿Puede llegar a producirse una metáfora allí donde había una letra petrificada como signo del objeto?

El masoquismo sufriente, también es goce. Puede al día de hoy, situar en un momento preciso muchas suspensiones de análisis y es este: ese momento en que el niño empieza a desidentificarse de una posición masoquista en relación al fantasma y comienza a no desear uno con la madre. ese es el momento, en que si el analista está advertido, tal vez, operar con los adultos responsables del niño, pueda posibilitar continuar la vuelta. Ese momento es riesgoso -también para el analista- porque implica avanzar en esos puntos que según Freud ponen en juego las resistencias más extremas del sujeto: me refiero a las torsiones de la pulsión de muerte en la reacción terapéutica negativa, y que se engendra en las fuentes del masoquismo, del super-yo, del ideal del yo petrificado, incluso, a veces, enclavado en el super-yo.

Lo imaginario -amor, identificaciones, cuerpo- es necesario en tanto no envuelva el sujeto en una burbuja inatravesable por la palabra del Otro (superincastable, masoquismo, ideales mortíferos). De un corte en esa burbuja -también llamada por Lacan cross-cap o plano proyectivo- depende la separación entre el sujeto y su posición de objeto de goce del Otro. La cura, en las psicosis infantiles, abre un camino, si una palabra, significante, toca en algo esa burbuja hasta entonces, inatravesable. Ese momento es crucial.

Tal vez de esos momentos cruciales en el tratamiento, surge esa conmoción que encontramos en nuestro trabajo. Creo que juegan funciones del fantasma y de la castración significante. Al tropezar con bordes muy reales, se tensan los límites del análisis... del analista. Interrogar esa conmoción, hacer letra de eso, puede llevar a cernir algunas fuentes de la función de transmisión y la escritura para un analista."⁴

4. De la clínica

"Quiero mostrar cómo se produjo algo de eso en un paciente. Trastornos producidos en los primeros años de vida actualizaron sintomalmente tramas enmarañadas y densas de goce tejidos a lo largo de varias generaciones. El niño padecía de autismo. Descubrí en su análisis que quedó mudo a consecuencia de un fantasma que momificaba al sujeto que habitaba en él.

En ese momento del tratamiento se reveló frenéticamente contra un cambio producido en su vida. (Su autismo también se produjo después de un cambio muy violento en su vida producido en parte por su madre y por otra accionado por el padre). Comenzó a gritar, su grito era casi un vómito; fue como tirar al centro del consultorio su odio, su rabia; lo situaría como del orden de una expulsión muy primordial: vomitaba, se estremecía, temblaba como si se estuviera desprendiendo de algo que le dolía, que lo hacía sufrir y cuyo soporte se lo brindó esta nueva situación que para él fue violenta, aunque apostaría, por vivirse en análisis, de modo diferente que la anterior, en tanto posibilitó una apertura, una vía a su palabra.

Por otro lado, parecía no haber libidinización de ningún objeto hasta que de alguna manera con esa expulsión comenzó a tener una relación diferente con los objetos. Empezó a jugar.(5).

Cuando se vio en una situación en la que creyó que algo le era arrancado violentamente, es decir, con una pérdida, pudo empezar a reclamar. Es que algo había comenzado a libidinizarse y así, empezar a aflorar una punta de deseo por un objeto que hasta entonces me pareció que le era absolutamente indiferente.

A partir de ese momento comenzó a haber tratamiento. Hubo un despertar al deseo por la vía de un grito. Ese grito, fue al mismo tiempo ocasión para hablar y mostrar que era sensible a una pérdida, es decir que se inscribió para él, el registro de una pérdida que ahora, con el sostén que le daba la transferencia, podía soportar.⁵

⁴ Ídem.

⁵ **Levín, Sara. El Psicoanálisis con niños psicóticos: Condiciones para un tratamiento.** Publicado en Cuadernos Sigmund Freud Nro 17 (1994).

Tenemos otros ejemplos analíticos. Como el que nos da Rosine Lefort, caso "El lobo, el lobo", que se expone en el Seminario I de Jacques Lacan; en el proceso de su cura, el niño empieza a gritar esas dos palabras que son al mismo tiempo los significantes que lo constituyen: ¡El lobo! ¡El lobo! El grito habla.

"El niño que creía ser de vidrio" también pasó por un proceso por el cual empieza a poder producir ciertas metáforas que sin embargo no podía soportar. Las palabras siempre habían tenido para él un solo significado y encontrarse con que podrían tener varios era algo que lo enloquecía, lo llenaba de furor: en una sesión estaba dibujando en una hoja de papel. En ese momento, entraron hojas provenientes de un árbol vecino, por la ventana abierta. Eso lo enloqueció. Le pregunté qué pasaba. Comenzó a gritar: ¿qué es? Comienzo a decirle: "son hojas...". No pude seguir. Señalando alternativamente ambas hojas, la del árbol y la de papel, gritó: "no, no, no, mismo nombre, no". Le dije entonces que se había dado cuenta de que una palabra podía tener varias significaciones y que por ahora eso lo angustiaba un poco, pero era un descubrimiento importante para él. Se tranquilizó y siguió dibujando: ¡hojas de árboles!

Este tipo de explicaciones eran bienvenidas, porque luego permitían la posibilidad de alguna metaforización. La vertiente de la transferencia se abrió a partir de esas explosiones: eran expulsiones de letras muertas, signos congelados. A veces, en cambio, volvía a quedar paralizado.

"Me preguntaba si sería posible la transformación de los signos petrificados en juegos pulsionales, en deseos. Lacan en la "Respuesta a Hyppolite" se refiere a la eficacia de una "letra muerta" (Escritos, pág. 386) y realmente en ese tratamiento se podía llegar a discernir muy bien que podría querer decir en psicoanálisis "eficacia de una letra muerta".

Tornar ineficaz esa letra muerta, posibilitaba la emergencia de alguna metáfora donde antes había nada. Hace recordar la figura de la palingenesis; acción de engendrar. Y la del palimpsesto: manuscrito antiguo que conserva las huellas de una escritura anterior, ¿borrada para escribir de nuevo?

¿Cómo borrar lo que había sido escrito bajo la forma de signo no metafórico? Bien. Creo que en las denominadas "psicosis infantiles", no es que no haya nada escrito, sino que el significante degradado de la función de Nombre del Padre, forcluido, retorna conflictivamente en la madre o el padre patógenos. En cuanto al sujeto que habita el niño, aún no está solidificado el mecanismo de forclusión del Nombre-del-Padre, aunque está inscripto un signo que solidifica al sujeto como objeto incestuoso. Propongo que: ahí, en lo aún no solidificado del mecanismo de forclusión se plantea, una posible vía de tratamiento psicoanalítico. Y, por cierto, que el analista no se anticipe en un diagnóstico psiquiátrico, antes del posible despliegue de la estructura, en la transferencia.

Intentaré formular lo planteado hasta aquí como condiciones de un tratamiento.⁶

Condiciones de un tratamiento

"Ya habíamos anticipado: según Leo Kanner -autor del concepto "autismo infantil precoz"- las esquizofrenias infantiles (en plural) pueden ser detectadas durante el primer año de vida. Si se escucha a los padres, ellos mismos lo manifiestan sintomalmente: durante los primeros meses, un niño, según la madre, quería aislarse, no levantaba los brazos hacia los padres, permanecía en soledad.

Kanner propone en 1949 la posibilidad de un tratamiento en base a tres puntos: (2)

1. En la temprana infancia, un diagnóstico pesimista del terapeuta incide tanto más negativamente en el tratamiento que el problema mismo. Evitar diagnósticos pesimistas abre una chance independientemente de la patología en juego.
2. El tratamiento se va a desarrollar si el terapeuta lo sostiene con su cuerpo.
3. También es necesaria una modificación en los vínculos con la familia. Caso contrario que el niño habite con una familia sustituta.

Por cierto, los tres puntos de Kanner, podemos considerarlos como tres condiciones si los reformulamos:

1. Un analista que ponga el "cuerpo" de su deseo, y no calme la angustia apresurando un diagnóstico. La "opinión" del analista es significativa para el paciente y un diagnóstico de psicosis infantil causa más estragos que la posible psicosis del niño.
2. La transferencia: condición de la cura. Dejar que la estructura se despliegue es previo a cualquier diagnóstico.

⁶ Ídem.

3. Y un movimiento en la familia que vale resituar: se trata de un movimiento en la distribución libidinal de los goces. Esto se hace posible si podemos abrir vías que posibiliten interrogar la trama significativa del discurso familiar sintomal y desplegar los fantasmas paternos del cuerpo real del niño.

Por cierto, muchos terapeutas no ignoran la incidencia de la palabra en el niño y la función terapéutica de la palabra en la cura. Pero, para avanzar en la dirección de la cura, hace falta algo más: cernir el fantasma, el objeto pulsional en juego en la estructura que habita el niño. Los vínculos se metaforizan -y por lo tanto se modifican- si es posible extraer el objeto que los causaba como simbióticos.

Se inicia el tiempo de la demanda de análisis si de alguna manera en la familia las formas de enlace empiezan a ser intolerables. Y avanzamos algo, si los padres, además de no tolerar, están también dispuestos a interrogar su relación al Otro primordial, hasta que algo ahí haya sido perdido.

Cuando Freud despeja las funciones inhibidas en su fin, se refiere a aquellas en relación a las cuales el objeto se ha perdido. Ahí comienza el autoerotismo, podemos decir, tiempo primero del fantasma, importante, en tanto el fantasma es soporte del deseo. Es que "la estructura del fantasma es estructura de lenguaje" dice Lacan en el Seminario llamado con razón "La lógica del fantasma".

Se trata entonces, hasta aquí, de una apuesta a la que el analista ofrece su deseo, cuyo fundamento: la transferencia y el movimiento libidinal hace a las condiciones del tratamiento.⁷

Cuarta condición

"En el caso de "El niño que creyó ser de vidrio" se había producido un fracaso en el mecanismo de expulsión que producía como efecto un apelonamiento de goce que lo petrificaba. Se trataba para él de una carencia significativa primordial que llegó a anonadar toda inscripción significativa: el mecanismo de la afirmación primordial (bejahung) estaba petrificado. A partir de ese tratamiento y otros, he llegado a la convicción de que en un análisis muy temprano puede llegar a producirse una expulsión significativa y cierta reversión de la forclusión paterna. De todos modos, no sabemos hasta qué punto puede ser definitivo el destino de un sujeto.

De estar situado como falo absoluto, como objeto, por el mecanismo de la expulsión de un real anonadante, empieza a haber cierta hiancia, cierta apertura en el sujeto. esa apertura posibilita la transferencia.

Freud habló de "afirmación" (Bejahung) y "expulsión primordial" (Ausstosung). Y también de "forclusión". Son conceptos distintos: la expulsión primordial posibilita la emergencia de lo real, y se enlaza a la afirmación primordial: no hay sujeto sin real. Mientras que la forclusión impide el funcionamiento del significativo del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro; forcluido, retorna en lo real. La forclusión significa en acto un fracaso o una inexistencia en la afirmación primordial. La carencia de Bejahung produce un desgarrón en la estructura donde la forclusión retorna desde lo real.

Afirmación y expulsión instituyen el sujeto: no hay emergencia del sujeto sin la expulsión instituyente cuyo camino es preparado por la afirmación primordial. La forclusión, en cambio, significa el fracaso de los mecanismos instituyentes. El significativo forcluido retorna en lo real como alucinación, como delirio.

Me parece que la separación entre esos mecanismos ocurrió en acto en la sesión del niño que "dejó de ser de vidrio": se produjo una expulsión primordial del significativo patógeno; se abrió así cierto hueco en el cual inscribir un real no aterradorante. Pudo empezar a metaforizar: donde era objeto vidrio comenzó a haber sujeto.

Sitúo entonces, en la emergencia de un real y un registro de pérdida no catastrófica una cuarta condición. Su mecanismo: expulsión primordial. Cuando ocurre, se trata para el analista de no confundir esa explosión con un escandaloso acting, sino de otorgarle su valor significativo: se trata de la emergencia en acto, en la sesión, de un primer vacío, de una incipiente hiancia, de una escisión entre el sujeto que nace y lo Real excluido.

Con estas cuatro condiciones articulo la posibilidad de un tratamiento psicoanalítico en niños con riesgo de psicosis. Se funda en una clínica del deseo, del deseo del analista. Supone no intentar un reforzamiento yoico, o una modificación en los vínculos a nivel fenomenológico sino apostar a la palabra, al

⁷ **Levín, Sara. El Psicoanálisis con niños psicóticos: Condiciones para un tratamiento.** Publicado en Cuadernos Sigmund Freud Nro 17 (1994).

sujeto. Este -como dice Lacan- emerge a partir de un corte en la estructura misma, de un vacío, de una inscripción significativa como camino de la cura.”⁸

En este instante de nuestro viaje por las psicosis nos parece conveniente insertar algunas indicaciones del tratamiento psicoanalítico de algunos autores versados sobre la temática:

Ya en 1904 planteó Freud la necesidad de tener en cuenta diversos factores, como los relacionados con la constitución, el carácter, la personalidad y la edad del paciente, para establecer la indicación de un tratamiento psicoanalítico. Más adelante señaló que las “psicosis, la melancolía y los estados de confusión “no eran susceptibles de ser tratados por el psicoanálisis, pero advirtió que estas contraindicaciones podrían quedar superadas cuando se supere el método. Si bien sostenía que la terapia analítica no podía aplicarse a los pacientes psicóticos, debido a que éstos no establecían una transferencia positiva, reconocía al mismo tiempo que “el análisis ha logrado indudables éxitos en depresiones cíclicas, paranoias ligeras y esquizofrenias parciales. (Autobiografía 1925)

A partir de entonces muchos autores se ocuparon de los criterios de analizabilidad y de ciertos problemas específicos relacionados con el tema como el de la posibilidad de aplicar la técnica psicoanalítica al tratamiento de los trastornos psicóticos. Glover, por ejemplo, enfoca el problema a partir del criterio de “accesibilidad analítica o durabilidad” de los distintos casos clínicos, a los que divide en “accesibles” (inhibiciones psicosexuales, psiconeurosis de mediana gravedad y depresiones reactivas); “moderadamente accesibles” (neurosis obsesivas, fetichismo, alcoholismo y adicción a drogas y delincuencia psicopática); e “intratables” (esquizofrenias, psicosis maniaco-depresiva y paranoia).

Nacht y Lebovici plantean un diagnóstico clínico “favorable” para las fobias y neurosis obsesivas; “dudoso” para las neurosis de carácter, perversiones, toxicomanías y estados fronterizos; y “contra indicado” para las esquizofrenias, hipocondrías, enfermedades maniaco – depresivas y paranoias. Stone considera distintos ítems para determinar la analizabilidad: tolerancia al sufrimiento, auto – observación y auto – ubicación, como opuestos a auto – castigo y auto – depreciación; edad biológica; movilidad o fijeza de situación actual; beneficio secundario de la enfermedad; personalidad del análisis, etc. Por su parte E. Zetzel destaca como esencial es la capacidad para tolerar la frustración y la ansiedad; la habilidad para mantener una relación estable y con el concepto de “alianza terapéutica” como un aspecto imprescindible para garantizar la marcha de un proceso analítico, ya que aseguraría la participación de un yo del paciente con partes suficientemente sanas. También Melanie Klein enfatizó la importancia del funcionamiento de los aspectos no regresivos del yo con los que establecemos contacto mediante las interpretaciones. Tanto Meltzer como Rosenfeld siguieron ese criterio, al postular el primero el concepto “parte adulta” de la personalidad que representa el nivel más maduro de la mente, y referirse al segundo a “la parte menos narcisista de la personalidad que se dirige más normalmente a los objetos. El mismo Rosenfeld insistió reiteradamente en la posibilidad de establecer contacto con los pacientes psicóticos y se dedicó al tratamiento de estas personalidades, persiguiendo no solo objetivos terapéuticos sino también lograr una comprensión más profunda y enriquecedora del origen y la dinámica de los trastornos psicóticos.

Bion estudió la “personalidad psicótica” como una modo de funcionamiento mental cuyas manifestaciones se evidencia en la conducta, en el lenguaje y en el efecto que tiene el observador. Este estado mental coexistente siempre con otro estado mental el de la “personalidad psicótica y neurótica”. El individuo, en análisis, presentará predominio de uno o de otro estado, con diferentes grados de estructuración y estabilidad. El tratamiento psicoanalítico, si bien tiende predominantemente a la investigación del inconsciente del analizando, se desarrolla sobre la base de la participación consiente de ambos integrantes de la pareja analítica. Resultará conveniente prestar atención a la colaboración que manifiestamente ofrece el paciente a las primeras entrevistas. Si desde el comienzo repudia toda responsabilidad, no será un punto de partida favorable para el análisis. Del mismo modo será importante apreciar la capacidad que pueda tener el paciente para establecer correlaciones, así como también la capacidad de tolerancia por parte del analista para un paciente determinado.

El dominio de la personalidad es tan extenso, según Bion, que no puede ser investigado totalmente. No importa cuán largo sea un tratamiento psicoanalítico; siempre representa el comienzo de una investigación que estimula el crecimiento del área que se está investigando: el conocimiento de la realidad psíquica.

⁸ Levín, Sara. **El Psicoanálisis con niños psicóticos: Condiciones para un tratamiento.** Publicado en Cuadernos Sigmund Freud Nro 17 (1994).

Tratamiento de las psicosis infantiles

Las llamadas terapéuticas biológicas, como el electroshock y la insulino-terapia, son en la actualidad muy poco empleados a no ser la insulino-terapia, que algunos autores indican en los casos de formas tardías que nunca han sido sometidos a tratamiento farmacológico, y el electroshock en las formas agudas o en algunas formas particulares con sintomatología catatónica.

En la actualidad puede decirse que estos dos tipos de tratamientos han desaparecido del arsenal terapéutico.

En la actualidad se emplean generalmente los quimioterápicos. Unas veces se utilizan las fenotiacinas clásicas, clorpromacina o levomepromacina y otras los derivados del tioxanteno o las butirofemonas. La finalidad de esta terapéutica es doble:

- Obtener un efecto antipsicótico; en este caso su acción puede ser favorable a no ser que los niños sufran un estado de pasividad que dificulte las actividades socio-pedagógicas;
- Obtener un efecto de tipo sintomático con la finalidad de actuar sobre la ansiedad, la agresividad y la agitación, cuya desaparición permite un mejor contacto social.

Pero no basta con actuar sobre un elemento procesual o eliminar los elementos sintomáticos desfavorables. El psicótico es un niño en evolución, alterado en sus relaciones, retraído o ambivalente, que debe vivir en un ambiente comprensivo, educativo y psicoterápico. La persona que él rechaza y que él busca, los demás (niños y adultos) a los que teme y de los que huye, o con los que no puede establecer diálogo, deben ser personas presentes, neutras o activas según el momento. La mejor solución sería la conjunción de los tratamientos farmacológicos, educativos y psicoterápicos.

N.Dopchie divide los métodos psicoterapéuticos en dos capítulos: psicoterapias no-institucional e institucionales.

Entre las psicoterapias individuales, retendremos las psicoterapias que tienden a una neo-relación estructurante, las psicoterapias interpretativas y las psicoterapias de los padres.

Muchas investigaciones norteamericanas se refieren, desde hace algún tiempo, a la terapia por el condicionamiento operante. En términos generales, los psicoanalistas se oponen fuertemente a la aplicación de estos métodos; B.Bettelheim (1967), en particular, se alza contra esta "doma" de los niños, tratados como objetos, fuera de todo cuadro de referencia que abarque la totalidad de la experiencia humana. Un psicoanalista, B.A.Ruttenberg, por ej, aunque rechaza el modelo teórico de los condicionalistas, admite que estas técnicas pueden salvar la vida cuando se utilizan para poner fin a la conducta autodestructora; sabemos en qué grado somos impotentes frente a los niños automutiladores. Según B.A.Ruttenberg, los métodos del condicionamiento operante (si los utilizan de manera selectiva personas intuitivas en el momento apropiado) dan buenos resultados pero, como ya lo señalamos, el autor observó que los equipos utilizaban también a la madre, aunque apenas las mencionaran en sus publicaciones. E.Schopler y cols., comparan diferentes métodos psicoterapéuticos y educativos, muy especialmente la ludoterapia, relativamente no estructurada, no directora y psicoanalítica, y las técnicas muy estructuradas del condicionamiento operante; subrayan, sin embargo, que la separación entre estas dos terapéuticas no es completamente pura. La característica de la investigación consiste en hacer una comparación intra-sujetos, es decir un tratamiento relativamente estructurado durante dos semanas seguido de otro no estructurado durante el mismo tiempo, y volver a comenzar el ciclo. Como cabía esperar, sus resultados no son muy convincentes; piensa, en efecto, que el grado y el tipo de estructura deberían ser adaptados individualmente al niño y a sus diversos niveles de funcionamiento. Como ellos dicen, la situación de aprendizaje óptima para los niños autista, lo mismo que para cualquier niño, debe comportar a la vez una buena estructura externa para que puedan adquirir nuevos modelos de aprendizaje, y una cierta libertad con relación a la estructura a fin de que puedan poner en práctica estos modelos después de haberlos dominado e interiorizado.

Conclusiones

"Cuando la psicosis habla -porque la psicosis habla- si somos tomados como analistas en nuestros lugares y puntos de no saber, escucharemos no tanto desde el diagnóstico y el pronóstico, como desde un no saber, no poder leer un enigma que yace ahí, petrificado. El sujeto, alienado al Otro forcluido, a un real que emerge como inmovible, incastrable, pone en juego, en jaque, al analista.

La mayor parte de los autores habla de esquizofrenias en plural. Es relativo, en el caso de los niños pequeños, a lo siguiente: desde que se comenzó a intentar clasificar las esquizofrenias infantiles, nunca

quedó delimitada una entidad. Más bien, psicosis infantiles, esquizofrenias, autismos, se oponen en general a psico-neurosis, y también muchas formas de retardos mentales ya entraban en la categoría de esquizofrenias o psicosis infantiles.

Pero de lo que ya no me cabe duda, en lo que respecta al tratamiento, es que: en primer lugar, el niño - cualquier niño- depende absolutamente de las palabras obscenas o no que los padres le ofrecen amenazando el nacimiento del sujeto. Y, en segundo lugar, un tratamiento avanzará en la medida que el niño soporte que el sujeto que lo habita, se desprenda del goce del Otro.

Esa letra petrificada, esa letra loca que yace en la psicosis, está en juego de alguna manera también para el analista. Quiero decir, se trata del sujeto y esto nos concierne. Los bordes de la psicosis tocan límites en nuestra práctica. Esos límites que pone en juego el borde, cuando se trata del sujeto, son relativos a lo erógeno, a la economía libidinal, al sexo, y también a la muerte. La razón, el ser, quedan conmovidos, subvertidos, cuando se trata de la psicosis: nos suponemos autónomos independientes en nuestras decisiones. Pero, cuando atendemos un psicótico, tropezamos con límites que nos ponen a prueba. Nuestros ideales, y nuestro narcisismo, se muestran insuficientes para soportar lo real ahí donde se presenta.

Al hablar en sesión, y comenzar a elaborarse los excedentes de goce, se abre un tiempo diferente en el movimiento pulsional ligado inexorablemente al surgimiento de angustia.

El analista, función de deseo, soporta el surgimiento de la angustia, revestimiento a su vez de lo imposible, real. Si el analista puede soportar esa transferencia, su acto funcionará permitiendo separar del deseo el goce que lo aprisiona.

No hay sujeto sino gracias a la dependencia significativa y la oferta desde el Otro. En el caso que el niño sea objeto del fantasma paterno, (6) de una manera masiva, y se acomoda a esa posición, estaríamos en el caso de psicosis infantiles muy primitivas. En el caso del hospitalismo en cambio, ni siquiera hay esto, sino una privación total de significantes.

La cura implica cierto corte en la atadura patógena al Otro primordial. Eso funda el tema de los vínculos familiares introducidos por Kanner en los tratamientos de niños psicóticos: en nuestros términos significa pasar por la angustia del desprendimiento del cuerpo de goces adultos y atroces, de mandatos superyoicos aterradorantes.

Por medio de expulsiones de objetos incestuosos instintivamente el sujeto puede emerger. Si esas expulsiones son inscriptas en su valor significativo hay chance de poder continuar. A veces ocurre que esas situaciones son consideradas como acting, lo cual detiene de inmediato la emergencia del deseo en el niño produciendo suspensiones o eternizaciones del tratamiento.

En relación al mecanismo de forclusión propio de la psicosis, la pregunta resitúa la forclusión diferenciando la que es propia de la subjetividad paterna de los alcances que puede tener en la estructura incipiente del niño. Es preferible plantear las estructuras infantiles en una dimensión, digamos, preformacional.

Una conclusión provisoria, entonces, es que las planteadas son condiciones para un inicio de tratamiento y su despliegue. Son condiciones esenciales y sin embargo, preliminares: no nos permiten aún anticipar si va a haber alguna modificación, algún despertar. En cierto sentido son condiciones de posibilidad para la emergencia de un sujeto. Son condiciones que juegan a una chance: la emergencia y la inscripción del mecanismo de expulsión instituyente donde sólo había objeto, puede favorecer un fracaso en el mecanismo de forclusión, al menos, en lo relativo a la estructura incipiente del niño.

Intento articular así, con estas cuatro condiciones, la posibilidad de un tratamiento en niños con riesgo de psicosis. Implica una apuesta con pronóstico incierto: donde hubo goce petrificante, que una metáfora advenga en su función de deseo. Cuestión que, por lo que tiene de incalculable el goce, (7) torna el tratamiento de un niño psicótico en una aventura cuyo final no puede ser escrito de antemano."⁹

Referencias Bibliográficas

- (1) Bleuler, Eugenio / Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias, Colección Psiquiatría, Editorial Lumen.
- (2) Kanner, Leo / Manual de Psiquiatría Infantil, Editorial Paidós.

⁹ **Levín, Sara. El Psicoanálisis con niños psicóticos: Condiciones para un tratamiento.** Publicado en Cuadernos Sigmund Freud Nro 17 (1994).

- (3) Fenichel, Otto / Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Biblioteca de Psicología profunda, Editoril Paidós.
- (4) Mannoni, Maud y otros / Psicosis infantil, Ediciones Nueva Visión, Colección Psicología Galerna, 1971.
- (5) Levín, Ilda Sara / El niño que creyó ser de vidrio, EFBA.
- (6) Lacan, Jacques / Seminario IV, Las relaciones de objeto, Clase 1. EFBA
- (7) Lacan, Jacques / Seminario XXI, Les non dupes errent, Clase 2, 20 de noviembre de 1973.

Autor:

Juan Diego Siguenza Rojas

jdsr003@gmail.com