

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MATERIA: Psicopatología Infanto Juvenil
TITULAR: Prof. Titular Regular Dra. Marisa Punta Rodulfo

Bocetos en psicopatología

PSICOSIS EN LA INFANCIA, EN LA NIÑEZ Y EN LA PUBERTAD

Daniela Muiña

En primer lugar me parece importante abordar el campo de estas problemáticas en plural; así como pensamos las problemáticas clínicas vinculadas a los Autismos, teniendo en cuenta las diferencias en su presentación, las singularidades propias de cada uno de los niños que las presentan y los medios en los que habitan, en este escrito vamos a pensar en las Psicosis.

El primero de los campos que hace una descripción de esta problemática es el campo de la Psiquiatría infantil. Posteriormente sus descripciones son tomadas por el Psicoanálisis de niños, que intenta buscarles un sentido que sobrepase los límites de la predisposición hereditaria, y que reconozca al sujeto y a los distintos procesos que lleva adelante en su subjetivación. Para acercarnos mejor al entendimiento de cómo se va constituyendo una subjetividad, el modelo de las Series Suplementarias con el interjuego de todos los factores que allí se entretajan, nos parece clave.

Desde el campo de la Psiquiatría, ya en 1906, Bleuler planteó que algunos enfermos psicóticos lo eran desde la niñez. Lutz, en 1937, realizó las primeras descripciones de un cuadro que denominó “Esquizofrenia infantil”, marcando que los niños que la presentaban tenían problemas en las relaciones, pérdida de la necesidad de relaciones, aislamiento, atontamiento, disociaciones de la afectividad, apatía o excitación impulsiva. En 1970, Ajuriaguerra, describió el cuadro de “Psicosis en el niño”, entendiéndolo como un trastorno en la organización del Yo y de la relación con el medio exterior. Marcó como rasgos característicos: fragmentación del cuerpo y del espacio, comportamientos hiper-rígidos o no consistentes, vida fastasmática pobre o mágicamente alucinatoria, comunicación distorsionada o restringida, particularidades en el uso de los objetos. Justamente Ajuriaguerra planteaba que había diversidad en las clasificaciones que hizo la Psiquiatría de este cuadro, que algunos autores entendían al Autismo infantil descrito por Kanner, dentro de las Psicosis y otros lo pensaban en forma independiente. También decía que muchas veces en cuadros psicóticos que parecían tener su nacimiento en la latencia o en la pubertad había una historia anterior donde si se investigaba se encontraban conductas extrañas, trastornos en el pensamiento y la conducta, en el estado de ánimo, ambivalencia afectiva y reacciones hétero o autoagresivas, entre otras.

En general todos los autores coinciden en que los estados e ideas delirantes se observan a partir de los 6 años, encontrándose anteriormente con sentimientos delirantes

asociados a temores corporales, temor de sufrir una mutilación, vivencia de cuerpos rotos, fragmentados, sin límites precisos. Con el transcurso de los años, desde el mismo campo psiquiátrico se le otorgó distintos valores a las cuestiones hereditarias, a los factores psicógenos y a los relacionados con el medio en el que el niño vive.

Esta controversia se sostiene aún hoy, y no sólo desde el campo psiquiátrico. Por ello pensamos que una posición superadora, respetuosa de las complejidades y de los múltiples atravesamientos que constituyen a un sujeto, tiene que poder estar abierta a las nuevas investigaciones que surgen como producto del abordaje clínico que hoy se lleva adelante con los infantes, los niños y los jóvenes desde distintos campos. En otros momentos estas formaciones clínicas, no eran abordadas en su particularidad, entendiendo los procesos que llevaron a su constitución, sino que se intentaba reeducarlas al considerarlas deficitariamente, o acomodarlas a las modalidades terapéuticas pensadas para otros cuadros psicopatológicos. Así como en las problemáticas vinculadas a la patología autista, tenemos que pensar cómo activamente un niño llegó a constituir modalidades de seguir viviendo al intentar mantenerse en una sensación de continuidad, acá también tenemos que pensar cómo y por qué, este infante, niño o adolescente, armó lo particular y singular que presenta en la producción de su patología psicótica.

Tenemos que tener presentes aquí cuestiones en relación al armado de un diagnóstico diferencial; viene muy bien en este punto que nos acompañemos de los textos de M. Rodulfo. Con ellos podemos ir pensando en relación a esta problemática: ¿Cómo está constituido el autoerotismo en este niño o joven que nos llega? ¿Cómo está estructurado su narcisismo? Si hay predominio de objetos o figuras de sensación, si nos encontramos con fracturas en la constitución del yo y de la realidad, si se presentan representaciones no ligadas que lo invaden, si hay constitución de contenidos delirantes, si puede armar espacios de fantasías o representaciones simbolígenas, si en el encuentro con el medio y con los otros puede reconocer alteridades sin desarmarse o intentar abolirlas. Estas son algunas preguntas que nos podrían ir guiando.

El Autismo y las Psicosis infantiles son las problemáticas psicopatológicas más tempranas en la constitución de la subjetividad. Siguiendo a M. Rodulfo vamos a ir pensando en relación a las Psicosis características diferenciales según el momento de la estructuración subjetiva en que se hacen presentes. Vamos a ir adentrándonos en las diferencias que podemos encontrar según se trate de la infancia, de la niñez o de su presentación en la pubertad.

Las Psicosis se van organizando en tiempos del establecimiento del yo-representación narcisista. Siguiendo a P. Aulagnier, sabemos que los trabajos de organización del psiquismo se van a presentar en distintos momentos de la vida; no se van a dar una vez y para siempre. Podríamos decir, entonces, que hay varios momentos claves en la constitución del yo-narcisista, algunos de ellos se hacen presentes con especial intensidad en la infancia, en la niñez y en la pubertad.

Las características generales de los niños/as que presentan Psicosis en la infancia son: desorganización, aspecto confuso y disperso, hiperactividad, cambios de humor repentinos, trastornos en la constitución del pensamiento, crisis de angustia, risas inmotivadas, automutilaciones, marcada inestabilidad e irritabilidad, soliloquios o lenguaje ecolálico y en 3º persona, uso de objetos de un modo peculiar que no habilitan

el intercambio con el medio, ni con los otros. Estos niños no tienen esa organización (patológica) que presentan los niños con Autismos, que de alguna manera lograron, aunque sea fallidamente, cierta sensación de control y continuidad. Tampoco han podido, por el momento en la constitución subjetiva y cognitiva en el que se encuentran, armar otro tipo defensivo de control de estas angustias masivas a través de lo que vamos a ver como el pensamiento delirante primario, que puede empezar a constituirse en las Psicosis en la Niñez. Son niños que parecen estar todo el tiempo intentando entrar en el cuerpo de los otros, indiferenciarse o mimetizarse con ellos; cuando presentan algún tipo de juego es estereotipado, manifestando allí también enredo y confusión. Se presume que pueden tener alucinaciones auditivas, olfativas y visuales. Pueden iniciarse las manifestaciones a partir de malestares o trastornos corporales. En las historias familiares de estos niños hay una alta incidencia de patología mental familiar.

M. Malher en 1958, caracterizó a esta problemática como “Psicosis simbiótica”, diferenciándola de las “Psicosis autística o Autismo primario patológico”. Ella ya tenía en cuenta factores dinámicos, genéticos y estructurales, y la relación que se establecía entre el niño y el medio. Pensaba que en los niños que presentaban Psicosis simbiótica la relación entre la madre y el niño no daba lugar a un proceso de separación; este proceso no podía ser soportado por el pánico que producía. Ella planteaba que en el intento de mantener las simbiosis el niño presentaba alucinaciones somáticas en las que intentaba reunirse narcisísticamente con su madre.

F. Tustin en 1981, retoma las concepciones de Malher sobre el desarrollo del niño, centrando su tesis en que el proceso de separación se daría en un momento en el que bebé no estaría preparado para soportarlo, dando lugar a dos cuadros: “Autismo encapsulado” (retomando el cuadro caracterizado por Malher como Autismo primario patológico o Psicosis autística) y “Autismo confusional” (retomando las características de las Psicosis simbióticas). En este último cuadro, las vivencias de fragmentación del sí-mismo que se producen por la angustia masiva que provoca la separación, llevan al niño a adosarse al cuerpo del otro como una forma de apresar ese no-yo vivido como amenazante de la continuidad existencial.

Entonces, siguiendo estas concepciones de Tustin, estos niños utilizan la confusión y el enredo con los objetos externos para evitar las vivencias de dispersión, desparramo y fragmentación del sí mismo. La elaboración de las situaciones de pérdida queda impedida por el enredo con la madre, en esta sensación de engolfamiento y enredo con ella. Nos dice que son niños que presentan movimientos torpes y mal coordinados, su tono muscular está caracterizado por la blandura y la flacidez, se amoldan al cuerpo del otro cuando se los sostiene en brazos, responden al vínculo con él en forma indeterminada. Parecen haber tenido un primer tiempo en el que no se habían notado perturbaciones -en este punto es importante retomar otros autores que plantean cuadros de inicio muy temprano, como ser el insomnio persistente y precoz o la anorexia mental grave, que luego aparecen en el relato de padres de chiquitos que presentan problemática psicótica-. Tustin también plantea que estos niños están al borde de sentir que son de carne y hueso, que están al borde de discernir espacio interno y externo, pero es por la angustia masiva que estos sentimientos le provocan, que los viven como agujeros o heridas en su cuerpo y en su continuidad de existir. En el intento de curarse de estas heridas o de mantener dentro de lo soportable la invasión de angustia masiva que viven, además del enredo que intentan con las personas, utilizan un tipo especial de objetos que ella denomina “confusionales”, con los cuales también se engolfan, dentro

de los cuales también intenta meterse. Los objetos confusionales son blandos, idiosincráticos para cada niño en particular; son una confusión de elementos del yo y del no-yo; no son objetos compartidos; desvían la tensión del niño de las situaciones dolorosas. Estos objetos son muy diferentes de los objetos transicionales; no están humanizados, pueden variar mientras respeten su condición de blandura o la función que cumplen, no sirven de puente en los encuentros y las separaciones con los otros porque funcionan como barrera frente a la angustia; son evasivos.

Si tenemos en cuenta el Manual de la Clasificación Francesa este tipo de patología que estamos planteando la vamos a encontrar como “Psicosis precoz deficitaria” (que generalmente puede encontrarse asociada a Retraso Mental) o como “Disarmonías psicóticas” (en cuadros que aparecen entre los 3 y los 4 años que no cursan inicialmente con el grado de déficit que se presenta en el cuadro anterior).

Un material clínico donde podemos pensar cómo se ponen en escena o cómo interactúan, todas estas concepciones que venimos trabajando: Julián tiene un hermano gemelo que lleva el nombre del papá porque es el primero en nacer. El nombre Julián es elegido por la familia materna. A esta casa vuelve el matrimonio luego del parto, pues sentían que allí iban a poder ser ayudados y sostenidos en el trabajo de criar a dos bebés. Permanecen allí durante dos años. Luego de nacer, Julián quedó internado en terapia neonatal. Nació con un apgar bajo, lo cual hizo que se lo nombrara como un bebé “deprimido”. Lo veían con muy poca actividad, incluso para alimentarse. La abuela materna fue quien tomó preponderancia en su cuidado; abuela que había perdido un hijo a raíz de un tumor cerebral. Los papás decían que la abuela “volvió a vivir a partir de encargarse del bebé”. Julián concurre a escuela especial, para niños con retraso mental. En momentos en que inició el jardín de infantes permanecía literalmente pegado a su hermano gemelo y repetía todas sus conductas, palabras y movimientos; si su hermano no estaba se queda quieto, inmóvil o entraba en episodios de angustia que no podían controlar. Todos sus logros evolutivos se dieron entre los dos y tres meses posteriores al momento en que su hermano los presentaba; su lenguaje era muchas veces ecológico y en tercera persona. Cuando lo conozco a los 7 años, llega derivado por una profesional que lo atendió desde los 4 y que sentía que no entendía por qué Julián no avanzaba y no respondía al tratamiento; me encuentro con un niño absolutamente angustiado, que se movía de un lugar a otro sin poder parar. Hablaba de un agujero que tenía en la boca por una muela que le había sacado hacía un tiempo, y de un agujero que tenía su primo en la cabeza porque un perro lo había lastimado. “Se sale todo por el agujero”, me decía. En la escuela estaba en horario reducido porque agredía a los chicos, se lastimaba él, lloraba por largos ratos sin encontrar consuelo. En nuestros primeros encuentros armaba rompecabezas sencillos de madera y luego de hacerlo los ponía contra la pared; las fichas empezaban a caerse, el rompecabezas a desparramarse y él a entrar en episodios de angustias muy difíciles de contener.

Varios autores coinciden en plantear el rol activo del sujeto en la constitución de su patología psicótica, ya sea entendiéndolo en su función de defensa (defenderse del espacio de los otros, defenderse del propio trabajo de pensar que se presenta como fuente de persecución y dolor -J. Hochman, 1985), ya sea entendiendo que la Psicosis no es un accidente sufrido pasivamente por el deseo, el estado mental o el discurso de los otros, sino que estas condiciones llamadas “necesarias” pueden colaborar, o favorecer la aparición de la patología. Concepción de las Psicosis que se aparta de lo

deficitario en pro de entender lo propio de cada sujeto que se juega allí, en el modo singular del vínculo, de la constitución del cuerpo y de la actividad cuando se presenta.

P. Aulagnier en 1977, es quien nos acerca estos conceptos de “condiciones necesarias” y “condiciones suficientes”. Planteando esta distancia entre aspectos presentes en la historia subjetiva y somática del niño o joven que pueden estar presentes y plantear un campo plausible en el que se instale una problemática psicótica, y el hecho concreto de la instalación de la enfermedad. Es ella también quien remarca la importancia de tener en cuenta que la constitución subjetiva se entretiene con experiencias efectivamente vividas, en los encuentros que se producen entre el niño y el mundo físico y psíquico que lo rodea. Estos encuentros se producen en tres espacios, el originario, a través de la constitución del pictograma, el primario cuya producción es la fantasía, y el secundario a través de la puesta de sentido por parte del yo.

La respuesta psicótica aparece como la culminación de determinadas condiciones que se producen entre estos encuentros. En el encuentro entre lo originario y lo exterior a sí se escuchan dos tipos de relatos: una historia vacía donde no hay recuerdos de los distintos momentos de la vida del niño; o una historia somática, donde el cuerpo y la enfermedad adquieren preponderancia y aparecen como lo único a ser dicho. El encuentro entre lo primario y los signos de la realidad está marcado por la ausencia o escasez de vivencias placenteras, donde el niño registra los signos del no deseo, de la angustia, de la falta o el secreto. Y en el encuentro entre yo y el discurso de identificante se niega la posibilidad de un pensamiento autónomo, la posibilidad de entender afectos realmente experimentados y la verdad de un discurso, que generalmente oculta la falta en el otro. En esta prohibición de pensar se le impone que piense lo que el otro desea que piense.

Es también esta autora quien nos introduce los conceptos de “deseo de hijo” y de “deseo de maternidad”. Este último se impone en muchos casos en que los que como decía recién, el embarazo es vivido como una cuestión somática, mal soportada, con imposibilidad de la madre de catectizar positivamente el acto procreador, el nacimiento del niño, o todo lo que lo ubique como un ser autónomo. A través del deseo de maternidad se expresa el deseo de revivir en posición invertida una relación primaria en relación con la propia madre; se excluye lo nuevo, lo propio, alter, distinto, original, que en los casos saludables se reconocería en el hijo. Se mutila todo lo inherente a la singularidad del niño.

Ya M. Mannoni en 1965 advertía una relación particular entre determinados pacientes y el discurso de sus madres; hoy podemos correrlo de la exclusividad de plantear “sus madres” y pensarlo en relación a todo lo que implica “el medio”. Mannoni planteaba una forma peculiar de relación en la que la enfermedad del niño adquiría un lugar preponderante en la angustia materna, obstaculizando el desarrollo saludable del primero, en el mismo punto en que se volvía objeto de intercambio y quedaba rechazada una relación triangular. P. Aulagnier nos habla también de “conducta de captación del hijo”, “amputación de la autonomía” y de “violencia secundaria”. Esta última se contrapone a la “violencia primaria” (necesaria y constitutiva en el proceso de subjetivación saludable), cuando el portavoz (la madre o quien ejerza esa función), impone la certeza de su saber, cuando sólo ella puede significar lo que piensa, siente y cree el niño. Le exige que él piense lo que ella piense, anulándolo como ser autónomo con derecho y placer por pensar. Muchas veces esta violencia se ejerce a través del control del buen funcionamiento del cuerpo del hijo. Este cuerpo poseído por la certeza

materna, se hace carne a través de la vivencia de cuerpo en pedazos o de cuerpo como ensamblaje muscular contenido y sostenido por ella.

Introduciré aquí otro recorte clínico: acudo a la sala donde está trabajando José con su T. Ocupacional. Transcurre el mes de diciembre y la temperatura es bastante elevada. Lo encuentro ensimismado en la realización de unos dibujos; las cabezas de los personajes son círculos hechos con trazos excesivamente fuertes y remarcados; los cuerpos, rectángulos perfectos, de los que salen palitos hechos con regla, que son los brazos y las piernas. Su postura es rígida; su cara se va transformando según el personaje que dice dibujar. Transpira. Le pregunto si tiene calor y me dice: “mi mamá escribió en el cuaderno que a las diez me saque el pulóver”. Le digo que es él quien puede sentir si tiene calor o frío y que si por ej, tiene calor a las nueve y media, se puede sacar el pulóver a esa hora. Me responde: “a las nueve y media me tengo que sacar el pulóver”. A este mismo niño la madre lo mantenía en una dieta estricta como si sufriera de diabetes, enfermedad que tenía la abuela materna, pero no José. Se vuelve insoportable para el discurso materno la posibilidad de poder pensarlo como ser que piensa, ya que esa posición podría correrlo del lugar de sometimiento a los enunciados que ese discurso considera lícitos. Si cualquier indicio de pregunta, de cuestionamiento, si el mínimo esbozo de pensamiento, queda rechazado por ese medio, se generan las condiciones necesarias que planteábamos anteriormente. En este caso también las condiciones suficientes, ya que en el trabajo singular que este niño pudo hacer sobre ellas, la patología psicótica estaba presente. Es allí donde aparece el cuerpo maquinizado de José; ese rostro lleno de muecas que no dejan lugar a sus propias expresiones. Su cara y su voz se van transformando en las caras y las voces de los otros, ya que en cada espacio en el que se encuentra, transfiere los mismos patrones de relación que establece con su medio familiar.

Ya nos adentramos aquí en las Psicosis en la niñez. Recuerden que anteriormente, siguiendo a M. Rodulfo, planteábamos diferenciaciones a pensar según los momentos de la constitución de la subjetividad en la que se presentara. En la niñez, hablamos de niños ya mayores de 6 o 7 años, está la posibilidad de la instalación del “pensamiento delirante primario”, otro concepto que nos aporta P. Aulagnier. Este puede producirse cuando el Yo se constituye en “artesano de una organización”, nos dice la autora, que contradice el discurso del conjunto. Se trata de sistema de significación que intenta dar sentido a un agujero en el discurso del otro, vinculado especialmente al origen del niño, de la vida y del placer. Esta construcción sólo puede constituirse en los momentos de la subjetivación en el que se intenta acceder al registro de la significación, momentos en los que se abren las preguntas en torno al propio nacimiento y al nacimiento de los niños en general. Ante esta pregunta no puede haber vacíos ni agujeros. Las respuestas se constituyen con los materiales extraídos del mito familiar y la intrincación con los otros factores intervinientes en las Series Suplementarias, incluido lo que se vive y se percibe en los actos y dichos de las figuras representativas. Estas respuestas intentan dar sentido, sensación de ser, de integridad. Su falta enfrenta al Yo con el peligro de que pierda sentido su propio existir.

El discurso del padre también tiene un papel fundamental en la constitución de la respuesta psicótica, ya que no puede ofrecer un soporte que relativice las fallas. Fallas constituidas en las vivencias de displacer generadas en el encuentro con el otro. Padre, madre, niño, medio... todos participan en la constitución de la relación intersubjetiva. La fusión con el otro es algo que se constituye, no está dado de por sí. Y la cuestión

aquí es que en una relación fusional, saludable, la alteridad tiene su lugar; la alteridad está anticipada, imaginada, posibilitada en la medida en la que las necesidades del bebé la van propiciando y el medio está dispuesto a ella.

Retomemos entonces... en las Psicosis en la niñez aparece la posibilidad de constitución del pensamiento delirante primario; su iniciación se posibilita en esos mismos tiempos en los que los niños comienzan a constituir las teorías sexuales infantiles. La constitución de una teoría delirante sobre el origen constituye de por sí lo que P. Aulagnier caracteriza como “potencialidad psicótica”, que puede no aflorar y quedar como oculta si se mantienen ciertas condiciones y no dar lugar a la aparición de síntomas manifiestos, en estos casos queda como potencialidad psicótica; que puede tener características de enquistamiento y estar caracterizado por la escisión dando lugar a la sistema de significación aislado, como ocurre en la Paranoia; o que este pensamiento no dé lugar a sistematización alguna y que actúe como interpretación única que marque a toda experiencia, como en el caso de la Esquizofrenia.

P. Aulagnier encuentra como aspectos diferenciales en la Paranoia, que en general en las madres de estos pacientes, más que el rechazo por el niño y su autonomía corporal, lo que se hace presente es un discurso que intenta mostrarla sin fallas, como estandarte de una ética forjada en con las armas del deber, el trabajo y la abnegación. No puede pensarse al hijo como producto de placer de una pareja; más bien queda expuesto a presenciar una lucha continua entre sus padres. Lucha en la que prima el odio, el displacer del encuentro, al mostrarle lo peligroso que puede ser el paterneire. Este enfrentamiento se encuentra totalmente erotizado, y sobre él adquiriría base la constitución del pensamiento delirante primario, que intentará dar sentido a la existencia, pero tomando como materiales en su construcción, estas marcas provenientes de la realidad.

La contaminación, la ecolalia y la mimetización con el otro tanto en su presentación como en su discurso, son características presentes en las Psicosis en la niñez. No se trata de chicos que presenten un pensamiento imaginativo muy rico, como a veces se los entiende, ni se trata de espacios de fantasías que construyen; ellos viven en esas sensaciones y en esos pensamientos, que tiene una calidad de certeza y de verdad que no acepta cuestionamientos. Es una producción propia que armaron en un intento de curación fallido de vivencias displacenteras, vacíos o sensaciones de no existir. En los casos más severos la patología puede avanzar hacia el desmantelamiento. Por ello la interconsulta y la intervención psiquiátrica deben tener su lugar.

Cuando P. Aulagnier habla de vivencias efectivas, nos está planteando que se trata de elementos de la realidad que han obligado al sujeto a interpretar su realidad histórica como si los elementos transmitidos por el portavoz y sostenidos por el otro padre o por el medio en el que el niño se gesta, fueran evidentes, certeros, sin posibilidad de cuestionamiento. Por ello podemos decir que las Psicosis no son reductibles a una fantasía sobre una realidad neutra.

Otro material en escena... Damián tiene 12 años. Concorre a un Centro Educativo Terapéutico, que trabaja con niños y jóvenes con problemáticas severas en la constitución de su subjetividad. Es derivado de la Escuela Especial a la que asistía, pues no podían, según refieren, continuar el abordaje con él. Presenta rituales extraños en los que persevera durante tiempos prolongados. Puede estar poniendo y sacándose la

mochila durante una hora, o poniendo, sacando y controlando las cosas que tiene allí por el mismo lapso de tiempo. Cuando llega su saludo puede extenderse en varias repeticiones idénticas siempre con la mismas secuencias; si algún imprevisto ocurre vuelve a iniciar el recorrido. Damián vive con su “mamá”, Noemí, quien lo ha tomado en guarda desde los 4 años, su “papá”, y sus “dos hermanos”, hijos biológicos de estos padres. Su mamá pertenece a unos Hogares donde viven niños abandonados por sus padres y que son alojados allí a través de una medida judicial. Damián vivía en uno de estos hogares. Inicialmente iba de visita a la casa de Noemí, y se fue quedando hasta que ella tramitó su guarda. Este estado de “estar en guarda”, generalmente transitorio, continúa a los 12 años de Damián. Según refiere Noemí, se desconocen los datos evolutivos de Damián. Nada se sabe de sus primeros tiempos de vida, ni tampoco se tienen datos de su padre biológico. Damián lleva el apellido de su madre biológica a quien Noemí rastreó, según refiere, porque Damián quería conocerla. Él la vio en 2 oportunidades. Según nos relatan, tiene trastornos mentales severos, alternando entre estar en situación de calle y episodios de internación psiquiátrica. Noemí se nombra ante Damián y los otros, como su “mamá del corazón”. Las veces en las que Damián planteó ante situaciones que lo enojaron que quería ir con su mamá biológica Noemí salió en su búsqueda y en dos de ellas la encontró; produciéndose un encuentro con el niño, del cual volvía muy angustiado. Cada vez que él plantea ante un límite que se le impone que se quiere ir a buscarla, Noemí le abre la puerta y le dice que se vaya con ella. Damián sale y a los pocos minutos vuelve llorando a su casa, o ella lo encuentra como perdido, parado en la vereda o en cercanías de la casa. El papá presenta serios trastornos de salud; fue abandonado de niño, y criado por unos tíos que según refiere le pegaban mucho. Ambos están preocupados por el cuidado físico y la higiene de Damián, le compran dentro de sus posibilidades todo lo que él les pide. Damián presenta un lenguaje raro, repetido, entrecortado; por momentos repite palabras o frases; hay otros en los que resulta inteligible, ya sea por la rapidez con la que habla o por palabras que no pertenecen al lenguaje compartido. Da vuelta varias veces alrededor de las sillas; va y viene del baño en infinidad de ocasiones durante el día; hay veces en las que hay que salir a buscarlo porque se queda abriendo y cerrando las canillas, sacando y poniendo las toallas en el perchero. Está en constante actividad y movimiento; se lo ve en un estado de tensión constante. Cada tanto pregunta “¿Quién es mi mamá?”, “¿Dónde está mi mamá?”; también se lo pregunta a sus compañeros. En una ocasión insistía permanentemente en que su madre adoptar a un chico que se cruzaba en el barrio y que él decía que no tenía casa ni mamá. Noemí continúa llevándolo en ocasiones a que visite al colegio donde asistía y le dice que ese es su colegio; ella no quiere que se junte con los chicos de la Institución actual, y continúa nombrando como sus compañeros a los otros chicos. Él a veces plantea que no sabe si tiene que estar allá o acá, o que él no va a seguir viniendo a esta institución; en ocasiones llama a los chicos por los nombres de sus compañeros anteriores. Está en tratamiento psiquiátrico y medicado con antipsicóticos, pero la familia no apoya el tratamiento, aunque lo sostiene porque está planteado como condición de su permanencia en la institución.

Hasta este punto trabajamos cuestiones vinculadas a las Psicosis en la infancia y en la niñez; vamos a adentrarnos ahora en especificidades que hacen a las Psicosis en la pubertad.

El momento de la pubertad plantea al psiquismo una exigencia de trabajo a realizar. Los trabajos de metabolización e inscripción que requiere se realizan a través del proceso adolescente. Hay autores que hablan de este momento como un tiempo de permanencia

y cambio. Permanencia, porque es importante que haya cosas que sigan presentes, sostenes y acompañamientos que sigan estando, entretejidos que continúen, pero también es clave que lo que siga presente pueda adquirir matices diferenciales acorde a las necesidades del joven, y que haya procesos nuevos, inéditos que puedan integrarse.

Por un lado el adolescente tiene que hacer un trabajo de apropiación de la historia infantil, pero este trabajo de historización, si es saludable, requiere poder construir un proyecto identificador en el cual reconocerse y sentirse real. También tiene que poder establecer nuevas alianzas con su cuerpo, con sus relaciones objetales y con la realidad. Los trabajos en su cuerpo son claves en este momento. El adolescente se siente seducido por las nuevas sensaciones que la pubertad le impone; pero esas sensaciones tienen que poder inscribirse en su corporeidad. Nos encontramos aquí nuevamente con el proceso originario; el adolescente tiene que ir pudiendo inscribir un cuerpo genitalizado.

Recuerden que P. Aulagnier planteaba que los tres procesos, una vez instalados, mantenían su actividad durante toda la vida. El adolescente tiene por delante el trabajo de inscribir este cuerpo nuevo que se le va imponiendo, apropiarse de sus sensaciones, constituir nuevas zonas erógenas y reinscribir las que ya estaban instaladas, ahora con funciones novedosas y sensaciones distintas. El adolescente tiene que procurarse nuevos objetos amorosos, tramitar el pasaje de los objetos prohibidos a objetos exogámicos; tiene que ir pudiendo cuestionar y realizar corrimientos de la autoridad y las figuras parentales que implican la desidealización de los objetos primarios y la valoración de los pares. Estas situaciones de por sí son conflictivas; el atravesamiento por ellas produce crecimientos subjetivos. No debemos confundir conflicto con patología. Generalmente la patología se hace presente cuando el conflicto se niega, se evita, o no logra atravesarse saludablemente.

El adolescente necesita un piso firme donde aposentarse. De allí la necesidad de volver a pensar sobre lo que Winnicott caracteriza como ambiente facilitador. Recordemos que para poder funcionar como tal, el medio tiene que poder dar lugar a las necesidades que presenta el sujeto, y permitirse cuestionar por lo que le es planteando; o sea, tiene que poder ir transformándose. Cuando hablamos de medio debemos poder pensar tanto en lo familiar, como en el entorno social e institucional. El púber requiere de los padres una presencia ausentada, que le confirmen que es él mismo aunque esté cambiando. Los proyectos anticipatorios de los padres para con el adolescente son de mucha importancia para él; lo anticipan a un futuro, lo sueñan más allá del hoy, pero si no permiten el cambio y se instalan rígidamente terminan funcionando como violencia secundaria y pueden colaborar en la constitución de problemáticas psicopatológicas.

Resulta importantísimo poder diferenciar procesos saludables de procesos psicopatológicos. Recordemos con Winnicott que salud implica creatividad, espontaneidad, apropiación subjetiva de los conflictos a través de angustias, tristezas, ciertos ensimismamientos, proyecciones, desplazamientos. En la salud también encontramos las diferencias que hacen ser singular a cada sujeto.

Son varias las complicaciones psicopatológicas que pueden presentarse en este momento de la vida, desde sobreadaptaciones, fobias alejadas de lo saludable, trastornos alimentarios, problemáticas neuróticas, psicósomáticas, inhibiciones, trastornos narcisistas no psicóticos, depresiones, y también podemos encontrarnos con formaciones clínicas ligadas a Psicosis puberales.

En estas últimas hay determinadas características que pueden imponerse y que no son transitorias, ni dan lugar a trabajos que logren avanzar en la subjetivación saludable. En ellas se produce una “Fractura en la historia”, que implica una ruptura en la continuidad narcisística. Podemos encontrarnos con lo que siguiendo P. Gutton se describe como “Depresividad”, como “Taciturnidad”, como fenómeno de “Exterritorialización del cuerpo” y como la “Imago del progenitor grandioso”.

En todas estas problemáticas lo que generalmente se observa es una pérdida energética de la investidura del otro, una fuerza que anima al púber hacia el progenitor edípico, donde lo que no se puede jugar es la escena puberal. Se presentan con odio hacia lo puberal, con desexualización del cuerpo y una inscripción pictogramática de las zonas erógenas. Encontramos apuntalamiento narcisistas que no son los suficientemente buenos, no es autónoma la capacidad para crear objetos internos y los fenómenos psíquicos puberales no se sostienen. Se produce un congelamiento de lo infantil y un grado de compulsión a la repetición, que impiden que la pubertad sea vivida como un acontecimiento.

En la Depresividad los trabajos de duelo necesarios a realizar (del cuerpo infantil y de la pérdida de los padres de la infancia), no puede elaborarse. El adolescente vive constantemente en sensación de impotencia e inadecuación. El estado en el que se encuentra hace que no logre vincularse libidinalmente con los objetos y con las personas; se encierra en estados donde se impone el vacío y la sensación de pérdida de sí. Se trata de una estructura antinarcisista y antiobjetal.

En la Taciturnidad, que está ligada al constante aburrimiento, el sujeto se muestra incapaz de soportar la reanudación de la vida cotidiana. Se presentan como adolescentes silenciosos, con humor lento, difícil y triste, con vagabundeo indefinido, desligado de su continuidad histórica.

La Exterritorialización del cuerpo impide que se constituya la identidad sexuada y conocimiento de las diferencias entre los sexos. Se trata de un proceso de neutralización donde el púber desarrolla un esfuerzo para impedir las investiduras de las representaciones parentales incestuosas y preserva la realidad infantil. Se desvía el sentido de las sensaciones que procuran los cambios puberales provocando un desconocimiento de los órganos sexuales e intentando sentir que las sensaciones provienen del exterior.

La Imago del progenitor grandioso es una estrategia proyectiva donde el sujeto queda fijado a una identificación homoerótica infantil; se sostiene a un progenitor fálico en el intento de recuperar la unidad narcisística. El púber proyecta en el padre los atributos viriles que borra de sí. Esta proyección le provoca persecución y frustración; se instala una grandiosidad persistente de los atributos infantiles fálicos de los padres. Como en la figura del progenitor grandioso el adolescente permanece bajo la amenaza de lo proyectado, necesita ejercer un control permanente sobre esa proyección; oscila entre la sumisión amorosa y la amenaza de extraer una grandiosidad narcisística para sí mismo. En el caso de los varones puede presentarse la posibilidad de instalación de una relación homosexual en el intento de que a través de ella le sea conferida su masculinidad.

La Anorexia mental es otro trastorno que puede pensarse cuando los trabajos de inscripción de cuerpo en la pubertad se encuentran marcados por la negatividad o preponderancia de displacer. Estamos hablando de Anorexia y no de Problemáticas de la modalidad alimentaria, donde los aposentamientos narcisísticos están más asegurados. En la Anorexia mental o Anorexia vera, podemos encontrarnos entonces con cuestiones vinculadas a la inscripción negativa de zonas corporales, como lo es la boca, y también la expansión de la inscripción de la negatividad en toda la superficie del cuerpo. Cuando se niega el crecimiento, el desarrollo corporal, cuando se intenta mantener la preponderancia de lo infantil, de la indiferenciación sexuada en forma rígida y estereotipada, cuando lo que se produce es una recusación del cuerpo puberal, también nos encontramos dentro de este campo.

Las alucinaciones, las construcciones delirantes, se instalan en estos cuadros como intentos fallidos de reconstitución narcisística, como intentos de dar sentido, de significar cuestiones que no encuentran posibilidad de ser historizadas, tramitadas o metabolizadas.

Septiembre 2012