

Teórico sobre Psicosis

Miércoles 20/09/2017

Prof. Carlos Tkach – Prof. Daniela Muiña

Prof. Carlos Tkach: La clase va a ser sobre Psicosis infantil; la va a dar la Profesora Daniela Muiña. Yo voy a colaborar un poco y quiero dar unas nociones generales. Quiero decirles algunas cuestiones generales de las Psicosis infantiles, cuestiones descriptivas. Daniela va a hacer algo más fino y más profundo.

Depende del autor la clasificación de las Psicosis infantiles es variada; es difícil decir cuál de las clasificaciones es la mejor, porque todas son interesantes; ponen de relieve algún aspecto que otros lo ponen de segundo plano, y otros lo ponen en primer plano. Lo interesante es conocer las más importantes, porque les va a dar más panorama para entender las cosas. Por ejemplo la clasificación francesa es muy buena y muy afinada, pero hay otros que la sintetizan más.

En líneas generales ¿por qué se caracteriza las Psicosis?... Por la ruptura con la realidad. Aclaro de nuevo, quiero dar nociones descriptivas. También se caracteriza por un discurso delirante, no como en el adulto que tiene aspectos delirantes con eventuales alucinaciones; éstas no están claras si están en la infancia o no. Uno de los primeros casos que yo tuve que atender graves fue una nenita que venía del interior del país por unos días porque ella decía que había visto cosas y yo la verdad no entendía nada, era muy joven, entonces me puse a revisar el tema de psicosis con el manual viejo de Ajuriaguerra, porque la alucinación en los niños es rara. Pero lo más interesante era que hacía caca, teniendo ocho años, sobre un papel en el piso. Vinieron por una cosa y al final yo me terminé ocupando de otra cosa que era lo más llamativo: a los ocho años hace caca en el piso sobre un papel...

El delirio es más difícil de afirmar en un niño; es distinto de las ideas delirantes, porque la confusión entre fantasía y realidad está más presente. Entonces son siempre porosas la relación entre fantasía y realidad. Si escuchan un nene de tres años, hablar y decir cosas, puede parecer un discurso fuera de realidad, pero es una mezcla de fantasía y realidad. También el niño psicótico tiene desorientación, incoherencia, una débil diferencia entre realidad y fantasía, entre fantasma y realidad.

Algo fundamental que va a aparecer en las Psicosis infantiles es un trastorno mayor de la comunicación, porque se comuniquen mal, y por movimientos de retracción relacional y ausencias.

Los pensamientos y las representaciones de niño psicótico son crudos, concretos. Falla en la simbolización; tienen accesos de angustia que provocan movimientos de repliegue, de regresión y que desencadenan también impulsiones destructivas y autodestructivas, desbordes emocionales y pulsionales. El niño psicótico vive en un mundo de persecución y de terror. Es muy importante en las Psicosis infantiles la destructividad, el predominio de la misma. Entonces, las angustias psicóticas provocan defensas ligadas a la escisión, idealización, proyección, negación, disociación del pensamiento y un mecanismo muy interesante que es la identificación proyectiva. Algo en el lazo con el otro ha hecho que el niño se las tenga que arreglar de esa manera. Aquí estamos poniendo el acento en la descripción del niño, que es el resultado del lazo con el Otro. Poner acento en el lazo con el Otro desde el Otro, es la posición de Lacan. Pero por supuesto nosotros tenemos en cuenta que paso en la historia del niño para que esto ocurra. Ahora estamos poniendo el acento para ayudarlos en la semiología del niño con estas dificultades. Nada más, los dejo con Daniela. Gracias.

Prof. Daniela Muiña: Buen día. Vamos a ir retomando varias de estas cuestiones que Carlos fue planteando. En principio plantearles que las descripciones del campo de la Psicosis en la infancia inicialmente vienen del campo de la psiquiatría y también, del trabajo con adultos. A principios del siglo pasado se empezó a pensar que varios de los adultos que presentaban problemáticas de Psicosis, en ese momento de la vida, tenían ciertas particularidades presentes desde los primeros tiempos, desde la infancia o la niñez. Recién alrededor de los años cuarenta, del siglo pasado, se empiezan a tener las primeras descripciones de lo que era esta problemática en los niños. Empiezan a plantearse ciertas características particulares que ya se encontraban en los niños mismos, más allá de lo que se conocía de la problemática del adulto con Psicosis. Se empiezan a plantear características diferenciales que se presentaban en la Psicosis de la infancia y de la niñez, de las que se presentaban en el adulto.

Las primeras descripciones vienen del campo de la psiquiatría infantil. Comenzó a notarse que las angustias presentes, eran angustias muy graves, que después vamos a pensar como angustias de desmantelamiento, angustias de terror de caer sin fin,

angustias de fragmentación. Se comenzaron a describir estas cuestiones, además de los trastornos en el lenguaje, que muy tempranamente ya se encontraban en estos niños. A partir de las primeras descripciones que hace el campo de la psiquiatría, el psicoanálisis de niños retoma esta problemática e intenta dar cuenta de cómo se llega a su constitución. Vamos a plantear primero cuestiones descriptivas o cuestiones semiológicas para posteriormente pensar cuestiones etiológicas.

En estos primeros tiempos de la psiquiatría, la anomalía primordial, tal cual estaba pensada para los pacientes psicóticos adultos, se la entendía vinculada al cuerpo. Su expresión se daba en los aspectos subjetivos o relacionales, pero su causa estaba en el cuerpo. Tuvo que pasar tiempo para que las cuestiones se entendieran dentro del pensamiento complejo, que incluye, como venimos sosteniendo desde los prácticos y los teóricos, la concepción de las series suplementarias. Es decir, tener en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen para que esta problemática psicopatológica se constituya.

Todos los autores, desde siglo pasado hasta este momento, marcan cuestiones, que hay que atender o tener en cuenta en lo vinculado al cuerpo: cuestiones genéticas, congénitas, o ciertas anomalías que se pueden presentar. Es decir, todos lo mencionan como necesidad de tener en cuenta, pero dentro de un campo complejo que implica poder entender los múltiples factores que intervienen en la constitución de esta problemática psicopatológica.

Nos encontramos con niños que tienen esta problemática, en los que no se han encontrado anomalías somáticas. Pero también nos encontramos con muchos otros en los que sí hay muchas historias de enfermedades corporales, que en el primer tiempo de vida, se plantean en relación a los trastornos respiratorios, alimentarios o del sueño. O sea en las historias de niños que nos llegan con problemáticas vinculadas a las Psicosis en la infancia o en la niñez, encontramos muchos antecedentes de cuestiones que tienen que ver con el cuerpo: trastornos del dormir vinculados a insomnio, insomnios ruidosos, con imposibilidad de mantener la calma en el tiempo del dormir. También trastornos alimentarios vinculados a anorexias tempranas. Acá estamos hablando de problemáticas de anorexia que en muchos casos requirieron internación por el nivel de deshidratación que los chiquitos tuvieron, o porque estaba en riesgo su vida. O trastornos vinculados a la respiración.

Sabemos que las expresiones de las tensiones y de las angustias tempranas pueden expresarse tempranamente y principalmente a través del cuerpo. Porque todavía hay un aparato psíquico que se está construyendo, estamos hablando de tiempos muy tempranos, y las tensiones o las angustias tempranas pueden exceder la posibilidad de metabolización de ese aparato psíquico y aparecer en cuestiones corporales.

Entonces, por un lado esto que planteamos en relación al cuerpo, y por el otro lado, la mayoría de los autores que trabajan la problemática ligada a la Psicosis en la infancia y la niñez, encuentran a diferencia de los cuadros de Autismos, muchos antecedentes familiares; psicopatología familiar vinculada a trastornos psíquicos en los antecesores de estos niños, con lo cual las relaciones interrelacionales entre ese niño y ese medio, pueden presentar un alto nivel de complicación. Hay que tener en cuenta todas las variables. En unos casos encontramos problemáticas graves en los encuentros interrelacionales y en otros, capaz que no aparecen tan claramente. Tenemos que tener en cuenta estas cuestiones para entender la complejidad. Sin hacer hincapié en una o en otra, por lo menos en forma previa.

En cuanto a la semiología ya Carlos planteaba ciertas cuestiones. Yo voy a hacer una diferencia importante entre las problemáticas vinculadas a la Psicosis en la infancia y a las problemáticas vinculadas a las Psicosis en la niñez, siguiendo una conceptualización que Marisa Rodulfo trabaja en varios de sus textos. Otros autores, que van a encontrar en el texto del tratado de psiquiatría, diferencian Psicosis tempranas, de Psicosis más tardías vinculadas al tiempo de la latencia. Entonces vamos a hacer una primera diferenciación que va desde los tiempos tempranos hasta los cinco o seis años, y Psicosis presentes en la niñez, a partir de esta edad.

En la Psicosis tempranas la presencia de ciertos comportamientos son claves. En principio, un nivel de angustia masiva, que no encuentra forma de calmarse. En este punto, después vamos a ver las conductas defensivas que activamente un chiquito con estas problemáticas o con esta sensación de angustia masiva intenta poner en marcha. Así como nosotros planteábamos en el Autismo, que no pensamos en un niño como un ser pasivo, sino en alguien que activamente a través de sus defensas está intentando palear sensaciones de agujereamiento corporal, de angustias de aniquilación, de fragmentación, en las Psicosis también vamos a encontrarnos con esto. Nos corremos en pensar a las Psicosis vinculadas a lo deficitario o a la pasividad de un niño; vamos a

pensar como activamente alguien constituyó, por más pequeño que sea, mecanismos defensivos para intentar palear estas angustias.

Bien, les decía, hay una presencia de angustia masiva y sensaciones de fragmentación del cuerpo. Las alucinaciones son muy raras antes de los seis años, o sea generalmente están descriptas posteriormente, pero sí hay autores que nos hablan de sensaciones cercanas a lo que llaman alucinaciones somáticas. Estas situaciones de alucinaciones somáticas, se acercaría a lo que posteriormente puede tomar forma de alucinaciones. Los delirios, en todos los autores que yo trabajé e incluso en mi experiencia misma, nunca he visto que aparecieran previo a los siete u ocho años. Recién se pueden plantear en un tiempo posterior.

En este tiempo de las Psicosis en la infancia estamos hablando de angustias masivas, sensaciones de fragmentación del cuerpo, irritabilidad, cambios de humor repentinos, trastornos en las relaciones con los otros caracterizados por intentos de fusionarse o de mimetizarse con los otros o con los objetos. También ciertos usos particulares de objeto y ciertas cuestiones vinculadas al lenguaje.

El lenguaje que encontramos en estos niños, es un lenguaje confuso, contaminado, que a veces tarda en poder instaurarse en el decir del niño; no es un lenguaje que tenga una intención comunicacional, porque hay justamente trastornos graves en el encuentro con los otros. Muchas veces aparecen soliloquios o sea chiquitos que van hablando solitos y no paran, como si hubiera una radio prendida y que no se entiende bien lo que están planteando. También un lenguaje ecolálico, en tanto repetición de frases, incluso de tonalidades escuchadas en los otros. Habrán escuchado hablar del lenguaje televisivo, o de estos chicos que repiten como loritos cuestiones que escucharon en alguno de los ámbitos en los que están. Repiten no sólo el contenido sino también la tonalidad. No se trata de que estén copiando, porque no hay diferenciación con el otro, sino que se están mimetizado con la forma y el contenido del lenguaje de los otros; el chico habla de esa forma como si fuera esa persona que lo estuviera diciendo.

La tercera persona también caracteriza su lenguaje; generalmente se nombran en tercera persona, como si no pudieran hacer una apropiación de ese lenguaje, es decir tomar ese lenguaje, atravesarlos por ellos mismos y darle una postura autónoma. La posibilidad del pensamiento autónomo está complicada.

Es importante marcar que algunos autores plantean al Autismo dentro de las Psicosis tempranas y otros autores los toman como entidades distintas. Los que trabajan en estas distinciones, marcan que generalmente no hay antecedentes psiquiátricos en la familia de los chiquitos con trastorno de Autismo; sí los hay en los chiquitos con problemáticas de Psicosis, en muchos de los casos. Por otra parte, la interrelación se va a ir dando de forma distinta en unos y en otros niños. Los niños con Autismo intentan encapsularse, construir un cascarón protector para protegerse de las angustias masivas. Los chiquitos con Psicosis intentan engolfarse, enredarse, confundirse, mimetizarse con los otros. O sea, fundamentalmente las conductas defensivas o maniobras defensivas que utilizan, son diferentes.

Entonces hay autores que plantean la importancia de pensarlos como cuadros psicopatológicos distintos, otros van a plantear dentro de las Psicosis tempranas a los dos cuadros. Igualmente, en la clínica a veces las diferenciaciones no son claras. En muchas ocasiones nos encontramos chiquitos con Psicosis y con mecanismos defensivos similares a los que presentan los chicos con Autismo. Estamos tratando de hacer una diferenciación primera entre uno y otro cuadro; después en la clínica uno va viendo cómo va a ir trabajando en función de las modalidades defensivas que el niño usa preponderantemente.

Es muy importante tener en cuenta las presentaciones clínicas porque nos van a ayudar a armar un diagnóstico diferencial, pero también es importante comprender cómo se llegaron a constituir estas problemáticas porque en función de cómo entendamos la constitución de estas problemáticas, vamos a poder pensar como las abordamos. Tengo que conocer y tratar de entender qué es lo que está pasando, que llevó a un chiquito a encontrarse con estas sensaciones de angustias tan primarias y cómo fue planteando mecanismos defensivos para intentar salir de ellas.

Desde el psicoanálisis hay autores que se plantearon más las cuestiones vinculadas a los procesos intrapsíquicos, a los fallos que se fueron presentando en la constitución psíquica de estos niños, y hay autores que se centraron más en los procesos interrelacionales, es decir en cómo se fueron dando los encuentros entre el medio y el niño, y como se fueron facilitando o no los procesos de separación e individuación de ese niño. Y hay autores que se centran más en cuestiones que tienen que ver con el

entorno, con el medio, con cuestiones que hacen a lo mítico familiar, a la historia familiar y transgeneracional.

Cada uno de estos autores toman ciertas posiciones porque se están enfocando en un punto de la investigación; nosotros hoy contamos con la posibilidad de acceder a cómo fueron pensando cada uno de estos autores y nos resulta clave poder comprender la complejidad en la cual esos factores se intrincan, porque no se oponen. Toman puntos de vista distintos e investigan sobre puntos de vista distintos, pero la posibilidad de poder entender la complejidad de todos estos factores y como se fueron interrelacionado, va a hacer muy importante para poder intervenir. Lo que tiene que ver con la constitución del aparato psíquico de ese niño, lo que tiene que ver con las cuestiones vinculadas al medio, lo que tiene que ver con los procesos de interrelación. Ya que contamos con esta posibilidad, está bueno que la usemos, porque hoy también sigue habiendo teorías reduccionistas... Y no sólo teorías reduccionistas en relación a entender que el problema sigue pasando por el cuerpo o que está pasando por el cuerpo, sino también teorías reduccionistas que desconocen cuestiones vinculadas a lo corporal o toman en cuenta sólo algunas de estas cuestiones: el lugar que el niño tuvo para el medio, o sólo cuestiones de fallos en constitución del aparato psíquico. Es importante poder abarcar todos estos aspectos porque nos dan realmente una mirada más compleja y más global de las situaciones que se pueden presentar con un niño.

Una de las primeras autoras que trabaja sobre las Psicosis infantiles es Margaret Malher, desde 1958. Ella ya tiene en cuenta cuestiones que tienen que ver con aspectos del cuerpo, con aspectos dinámicos, con cuestiones relacionadas con el medio, pero fundamentalmente va a basar su hipótesis en el tiempo de la separación e individuación del niño. Va a plantear el cuadro de Psicosis simbiótica para las problemáticas que hoy estamos pensando y el cuadro de Psicosis autísticas para las problemáticas que vimos como Autismo en la clase anterior.

En los niños que presentan Psicosis simbiótica, los tiempos de la separación, entre ese niño y esa mamá, produjeron un nivel de angustia tan grave, que devinieron en sensaciones de fragmentación del cuerpo, o de desmantelamiento, o de desintegración. Frente a ello lo que el niño intenta es que su cuerpo quede mimetizado o pegado al cuerpo de la madre; es decir intentar una fusión entre su cuerpo y el de la madre para poder paliar estas angustias de fragmentación que la separación provocaría. Entonces,

frente a sensaciones donde “me rompo en pedazos, si me separo del otro” -si pudiera pensarse de esta forma-, lo que el niño intenta defensivamente es unirse al cuerpo de la madre, pero unirse sin el reconocimiento de las diferencias, por eso hablamos de mimetización con el otro.

Uno de los mecanismos defensivos, en este sentido, que plantea un autor inglés que es Meltzer, es la identificación adhesiva. Se trataría de una identificación primaria que intenta a través de la adhesión, la confusión, el enredo, la mimetización, abolir las diferencias con el otro; el intento es negar la existencia de un mundo externo en contraposición con un mundo interno; se intenta hacer que el afuera forme parte del adentro.

Estas cuestiones son repensadas por otros autores. Ustedes estuvieron trabajando Winnicott en los prácticos, y él hablaba de angustias vinculadas a sensaciones de derrumbe, angustias de desmantelamiento, de desorganización. Estas sensaciones son sentidas realmente; no se trata de que “fantasean con la posibilidad de romperse”, sino que aquí la sensación es que se rompen en serio...

Una autora posterior que es Tustin, retoma concepciones de Malher y retoma un concepto de Winnicott que es el de depresión psicótica, ligado a las sensaciones de agujereamientos en el cuerpo, donde lo que el niño siente es que se va por esos agujeros. Es decir, sensaciones donde hay desmantelamiento en la constitución de la erogenidad. Tustin retoma este concepto y retoma las teorías de Malher, y va a plantear como hipótesis etiológica, que en aquellos tiempos de la separación se produce algo que el chiquito no está preparado para poder soportar. Frente a la sensación de una separación prematura, lo que aparece es la depresión psicótica, el agujero en el cuerpo, el agujero en la continuidad existencial; el agujereamiento por el cual el chico siente que se le va el cuerpo. Tustin retoma estos conceptos y aborda la cuestión desde ésta hipótesis, sin desconocer los aspectos vinculados a lo congénito y a lo genético; siempre están ahí esas cuestiones, no sabemos hasta donde pueden estar presentes.

También pensemos, como decíamos cuando hablábamos de Autismo, que ante situaciones por ejemplo de chiquitos que nacen con mucha complicación en su cuerpo, los procesos interrelacionales pueden verse altamente afectados. En muchas ocasiones el medio puede tener una presencia masiva sobre el niño, por la misma angustia que le provocan las complicaciones que ese niño presenta. Quizás esos aspectos compliquen en

el medio mismo la posibilidad de acompañar o incentivar procesos de autonomía de ese niño. Entonces, muchas veces, uno se encuentra cuando trabaja con estas familias, que se hace difícil para ellos correrse, cuando hubo enfermedades graves en los primeros tiempos, cuando hubo que estar presentes todo el tiempo. Y puede pasar que sientan que tienen que seguir haciendo por el niño, que tienen que pensar por el niño y actuar por él para poder mantenerlo a salvo. En esas situaciones es como si los papás no se permitieran caer por algún momento. Y allí hay que trabajar.

Muchas veces encontramos en los discursos de los que trabajamos con el niño, algo así como críticas en función de que los papás no pueden abrirse a la posibilidad de que el chiquito vaya desprendiéndose, de que lo sobreprotegen... pero es importante trabajar con ellos en el por qué de su necesidad de presencia tan cercana. A veces esos niños requirieron mucha presencia en los primeros tiempos y después se les complicó a los papás la posibilidad de ir imaginándoselos como niños más autónomos... Uno se encuentra con estos casos... trabajando en instituciones, con chicos de diez, doce años que tienen que usar pañales, o que tienen que ser alimentados en la boca... Y cuesta ver hasta donde hay que estar y hasta dónde hay que soltar... Muchos pueden y es saludable pensar en la alteridad de ese niño, pero a otros se les complica, porque sienten que van a ser dependientes de ellos toda su vida.

Alumno: - ¿Cómo se entiende ese vínculo simbiótico del que hablabas antes?

Profesora: - La forma simbólica se entiende como una defensa frente a sensaciones de separación prematura. En niños con problemáticas autísticas generalmente apareció dificultado el encuentro por determinadas cuestiones. En las problemáticas ligadas a las Psicosis encontramos masivamente el encuentro, generalmente encuentros sin reconocimiento de la alteridad del niño. Esto también está en el Tratado de psiquiatría cuando nos hablan de medios muy invasivos y muy presentes. En esas ocasiones puede haber una invasión constante del medio que puede complicar los procesos de separación de un niño. El encuentro y la fusión, si se constituye, se tiene que dar distinto si los padres anticipan a un niño como alter de ellos, si lo piensan como a un sujeto autónomo, que si ese encuentro está marcado por un medio que no lo puede pensar separadamente, que lo piensa siempre como pegado a su cuerpo o a sus pensamientos. Entonces, puede haber muchas complicaciones del medio que favorezcan ciertas cuestiones y también puede haber muchas cuestiones del niño.

Alumna: - Una consulta, lo de la separación tardía yo entiendo que es como responsabilidad del medio, ¿sería como que los padres no quieren despegarse del niño, no?

Profesora: - Pero hay niños que igualmente con un medio con esas características, se separan satisfactoriamente. Acá hay un factor que vimos con las series suplementarias, lo espontáneo y lo propio del niño. Entonces hay chiquitos que responden de una forma y otros de otra, y ahí el aspecto singular hay que tenerlo en cuenta.

Ya en el manual de Ajuriaguerra que mencionaba Carlos, este autor planteaba cuestiones vinculadas a la fragmentación del yo. Entonces, cuestiones ligadas a los procesos interrelacionales con el medio y a cuestiones vinculadas a la fragmentación del yo. La problemática en las Psicosis gira en torno al tiempo de constitución de la representación narcisística del yo. Se acuerdan cuando hablamos de Autismo, que planteamos que preponderantemente los fallos se planteaban en relación a la constitución del autoerotismo y del cuerpo libidinal? Bueno, acá estamos hablando de la continuidad narcisística y de fallos graves en la continuidad del narcisismo.

Volviendo a Tustin... Cómo nos describe Tustin a estos chicos? Van a ver que lo hace de forma parecida a como lo hacía la psiquiatría tempranamente. Nos dice que son niños con movimiento corporal torpe y mal coordinado, con aspecto atontado y confuso, blandura y flacidez del tono muscular y con intentos de meterse en el cuerpo del otro. ¿Se acuerdan que cuando hablamos de Autismo hablamos del movimiento contrario al abrazo que hacían los niños con autismo? Bueno acá es al revés, intentan meterse en el cuerpo del otro, por eso la blandura. Son niños que parecen que estuvieran todo el tiempo pegados al cuerpo y al espacio del otro. Nunca apartan la mirada del otro, porque están mimetizados con ese otro y con esa mirada.

¿Qué más nos aporta Tustin como novedoso? El tema de los objetos confusionales. Cuando hablamos de Autismo, ella planteaba el uso de objetos autistas como barreras, en intentos de paliar las angustias tan primarias de desmantelamiento, de licuefacción que tenían estos niños. Acá ella va a plantear que el mismo enredo que el niño intenta con las personas, lo intenta con determinados tipos de objetos, por lo cual la mayoría de las veces los objetos son blandos, manipulables por el niño. Así como decíamos que los objetos autistas son muy diferentes de los transicionales, éstos también son muy diferentes, aunque se pueden confundir porque son objetos blandos, pero nunca están

humanizados por el niño. Lo que importa de estos objetos para el niño es la consistencia, la materialidad, si puede enredarse o no con ellos. Pero no son objetos que funcionen como un puente, que habiliten el pasaje de lo interno a lo externo, el pasaje del yo y al no yo que es lo que el objeto transicional habilita.

Los objetos confusionales son objetos barrera en los cuales el chico se encierra o se engolfa o se mimetiza, ¿cómo lo podemos ver? Yo me acuerdo de un chiquito en un hospital de día que cada vez que entraba era como una tromba, no podía parar un minuto, si paraba entraba en crisis de angustia masiva. Aparecía siempre mezclado con las cosas, se mezclaba con las cajas, con los objetos, sin hacer uso de eso. Parecía que atravesaba todo eso como si fuera parte de él mismo; no había borde, puerta, diferencia entre él y los objetos, ni entre él y yo. Todo era un continuo de pasar y atravesar cosas; la cabeza de uno queda como mareada cuando recién conoce a estos niños porque la confusión parece que enredara todo el campo. El clima es confuso; todo el tiempo hay lío, confusión enredo, nada se entiende, nada puede pararse. Por eso la hiperactividad la entendemos como una forma de paliar las angustias que el niño siente, como si en esa descarga de tensión, las angustias primarias intentaran paliarse. Pero esas angustias por sí mismas, no pueden provocar cierta sensación de calma; intentan, pero fallan.

Si ustedes van a la Clasificación Francesa, de la que hablaba Carlos al inicio de la clase, van a encontrar dos cuadros distintos: la *Psicosis precoz deficitaria*, que se refiere a niños en los cuales se presentan todas estas cuestiones de las que venimos hablando pero se suman fallos en los procesos cognitivos y las *Disarmonías psicóticas*,. En el primero de estos cuadros lo deficitario va tomando la escena; son niños que uno nota que se van como diluyendo, como desarmando, cayendo en cuestiones muy deficitarias. Las Disarmonías psicóticas aparecen alrededor de los tres o cuatro años. Cuando uno empieza a investigar en la historia de estos niños, se encuentra con rarezas previas o con estas cuestiones somáticas que yo les decía. Pero hasta ese momento parecía que el niño se desarrollaba de modo cercano a lo esperable, y a partir de los tres o cuatro años, empiezan a presentar este tipo de conductas que estamos planteando. En un caso uno se encuentra con chiquitos muy deteriorados a todo nivel y en el otro con chicos con muchas complicaciones en los procesos de interrelación, mucha presencia de angustia, pero con algún tipo de producción más activa. En la clínica se ven estas diferencias.

Haciendo un resumen de características que se presentan podemos decir que en los cuadros de Psicosis en la infancia nos encontramos con:

- Desorganización
- Aspecto confuso y disperso
- Hiperactividad
- Cambios de humor repentinos
- Trastornos en la constitución del pensamiento
- Crisis de angustias agudas
- Intolerancia a la frustración
- Risas inmotivadas
- Automutilaciones
- Marcada inestabilidad e irritabilidad
- Soliloquios o lenguaje ecolálico o en tercera persona
- Uso de objetos confusionales
- Trastornos en las funciones cognitivas

Y los mecanismos defensivos que prevalecen en la Psicosis son:

- Identificación adhesiva
- Engolfamiento, confusión o mimetización con el otro y con otros objetos
- Escisión
- Conductas maníacas

Hasta acá ¿alguna duda?

Alumna: Habías mencionado que los objetos autistas son de barrera, ¿estos también son de barrera?

Profesora: Sí, también, porque barrera quiere decir que no habilitan un intercambio intersubjetivo; que no habilitan ese pasaje de lo interno a lo externo, esos procesos de separación y diferenciación, sino que los niños se encierran en unos o en otros.

Bueno, les quiero leer una frase de Piera Aulganier que siempre me impactó por la fuerza de lo que dice; trabajando con niños y con jóvenes con estas problemáticas la tengo muy presente. Ella nos dice: “el abordaje de la locura exige que se acepte avanzar en ese lugar en el que se juega un drama que el observador salvo excepciones no paga ni

con su dolor ni con su razón”. O sea, la angustia y el dolor están absolutamente presentes en la historia de estos niños y en las sensaciones que viven.

Y como les decía en relación al Autismo, tengo que tener mucho cuidado cuando intervengo, porque si intervengo tratando de romper estos mecanismos defensivos sin que se haya construido algún tipo de relación transferencial que habilite al niño a sentirse sostenido y cuidado y con posibilidad de poder ser alojado, puedo hacer mucho daño. En estas situaciones, si intento romper bruscamente los mecanismos defensivos, enfrento al niño a las mismas sensaciones de angustia de las cuales intentó salir; tengo que ser muy cuidadoso porque el nivel de vulnerabilidad que presentan estos niños cuando algo de esto se empieza a romper, es muy grande. Tengo que estar muy atento y muy presente; por eso el trabajo con pacientes con estas problemáticas requiere continuidad. Con estos pacientes es imposible trabajar una vez por semana, requiere continuidad en el tiempo, en el espacio, en el lugar. Por eso muchos de estos niños están atendidos muchas veces por semana y con equipos que se arman de forma interdisciplinaria.

Siempre es importante, en mi experiencia, que ese equipo tenga la misma idea de niño, sino como sería como que cada uno en su área, trabajara con pedacitos del cuerpo y de la cabeza de este niño... Muchos otros niños se encuentran en Hospitales de día o en Centros que trabajan tempranamente con estas problemáticas. Entonces la continuidad de trabajo es clave, no puedo trabajar de otra forma, es imposible.

Yo empecé a trabajar recién recibida con estos niños en un Hospital de día que se armó en el Hospital Evita, en Lanús. El nivel de compromiso que uno pone es muy fuerte en ese trabajo. Y en muchos lugares, los trabajos de continuidad con estos niños los hacen los acompañantes terapéuticos o los que están en las salas de juego en los espacios institucionales. Son espacios con mucha gente que recién empieza, hay mucho trabajo de equipo que es importante que sostenga en los primeros años después del egreso. Esta disposición y esta pasión que tienen los jóvenes, creo que es muy fuerte a la hora de encontrarse con estos pacientes. Esto me parece importante marcarlo porque lo viví en la propia experiencia y lo viví formando equipos que trabajan con estos niños.

Yo les decía que Piera Aulagnier era una de las autoras que tomaba los procesos de encuentro entre un niño y el medio. Se acuerda que Piera planteaba estos tres procesos: originario, primario y secundario... Ella nos va a decir que en los niños con estas

problemáticas -más que nada lo trabajó en adolescentes-, se encontraba con dos tipos de historias: con *historias vacías*, donde no había demasiado lugar para pensar al niño en su singularidad, o con *historias somáticas*, donde el relato estaba dado por las enfermedades que el niño había pasado en los primeros tiempos, pero con mucha dificultad de relación intersubjetiva.

Piera sostiene que para que haya una formación de este tipo, tuvo que haber vivencias reales, acontecidas, en los encuentros vinculares entre un niño y los otros, que dejaron marcas particulares. No se arma sobre cualquier tipo de interrelación esta problemática psicopatológica. En estos encuentros, en estas formas particulares de estar un medio para con el niño, ella encontraba estas marcas de displacer, de ciertas posiciones en las cuales se esperaba un niño, donde no se lo reconocía en su diferencia. Por eso sostiene mucho en su teorización, la incapacidad del medio de poder pensar que el niño tiene una cabeza propia, tiene la posibilidad de pensar por él mismo.

Ella nos va a hablar de *captación del hijo* o del concepto de *violencia secundaria* en diferencia con el concepto de *violencia primaria*. El concepto de violencia primaria... es algo necesario, saludable, y tiene que ver con la anticipación que hace una madre de lo que le parece que necesita un niño. Lo anticipa en lo que cree que le pasa, se lo explica de esta forma. Por ejemplo, si un chiquito está llorando y la mamá cree que llora por que tiene hambre y le da de comer, está anticipando lo que cree que a él le pasa, y eso es violencia primaria. Si el bebé sigue llorando, sería saludable que la mamá pudiera preguntarse si eso que ella le está dando es lo que ese niño quería. Si ella sigue insistiendo en que el niño quiere lo que ella cree, aún frente a la negativa del niño de que es eso lo que necesitaba, eso puede estar indicando la presencia de la violencia secundaria. En el primer caso la mamá se pregunta... si no tiene hambre... le pasará otra cosa? Trata de entender... Lo que el chiquito le plantea la mamá lo toma; no sigue con la idea de que le pasa lo que ella cree que le pasa. Entonces, si alguien persiste en creer que el niño quiere lo que ella piensa o quiere, no da lugar a lo propio del niño y se instaura la *violencia secundaria*.

Ahí está el punto de instalación de una forma de interpretar, que Piera también lo piensa en relación a nosotros como terapeutas. Si yo estoy interpretando algo de una forma y mi pacientito me está planteando con su forma de respuesta que eso no es así y sigo en

la misma línea, tampoco estoy escuchando la diferencia, la alteridad de ese otro, que me está planteando algo distinto a lo que yo puedo entender o creer.

Piera nos va a plantear que en las problemáticas de las Psicosis me puedo encontrar con ciertas condiciones necesarias para que se instaure esa patología. Ella va a plantear diferencias entre lo que denomina *condiciones necesarias* y lo que denomina *condiciones suficientes*. Me puedo encontrar con ciertas condiciones que sean plausibles de generar una problemática psicótica, pero que no lleguen al punto de poder generarla; ahí habla de condiciones necesarias. Me puedo encontrar con un medio que no reconozca nunca la alteridad de un niño y sin embargo éste avance de una forma saludable... Entonces, una cosa son las condiciones necesarias que generan la posibilidad de instauración una problemática psicótica, y otra son las condiciones suficientes, cuando se conjugan cuestiones que hacen que se instaure una problemática psicótica. Una es lo que puede generarla y está presente, pero por los avatares de distintas cuestiones de las series suplementarias puede no desencadenar en una problemática psicótica, y otra es cuando esas condiciones necesarias se transforman en suficientes y toman la constitución psíquica y subjetiva de ese niño.

Una cuestión más, que ella también plantea, se refiere a lo que denomina *deseo de hijo* en diferencia con el *deseo de maternidad*. El deseo de hijo tiene que ver con la posibilidad de poder pensar a ese niño y anticiparlo como un sujeto independiente, autónomo en el futuro, con una cabecita que se va armando para poder pensar en diferencia. Tienen que ver con otorgar, anticipar un lugar, pero al mismo tiempo reconocer y alojar la diferencia. El deseo de maternidad lo encuentra en muchas de las historias de pacientes con problemáticas vinculadas a las Psicosis. Se encuentra en las historias de estos niños, con un discurso materno -que uno lo puede ampliar al discurso del medio-, que no habilita la diferencia en el niño y muchas veces reaviva cuestiones no resueltas entre esta madre y su propia madre. En el lugar de poder pensar la llegada de un niño como algo nuevo y diferente, se reactualizan ahí cuestiones no resueltas de la propia madre. Ahí la alteridad tampoco estaría reconocida.

Bueno... vamos a entrar al campo de las Psicosis en la niñez. Cuando de ella se trata nos encontramos con dos tipos de cuestiones: con historias de niños de 6/7 años, donde se presentaban problemas previos ligados a las Psicosis en la infancia y continúan su proceso; y con otros niños donde no se habían detectado problemáticas graves

tempranas y a partir de los 6/7 años comienzan con complicaciones de gravedad ligadas a las formaciones psicóticas.

Ojalá en los tiempos de la Psicosis en la infancia, cuando empiezan a presentarse las complicaciones, pudieran llegar a una consulta para poder abordar las problemáticas que en ese tiempo se van dando: porque es muy distinto si un chiquito consulta entre los dos, tres años, que si la consulta es a los seis o siete. Recuerden lo que hablábamos, incluso en los prácticos, del lugar de acontecimiento que un espacio terapéutico puede tener. Entonces, puede presentarse la Psicosis en la niñez como continuidad de la Psicosis en la infancia o aparecer cuadros recién en el tiempo de la latencia entre los seis, siete, ocho años. Allí puede pasar que los padres no registraron problemas previos; capaz que no hubo cuestiones que fueran de gravedad, o capaz que hubo otras vinculadas a cuestiones que aparecían en el cuerpo o a ciertas rarezas en los comportamientos.

Los papás a veces nos cuentan rarezas, pero no similares a la de los chiquitos de los que hablábamos recién, con comportamientos raros o muy rígidos, o con enfermedades que fueron transitadas con un nivel de angustia muy alta, o con algunas rarezas en el lenguaje. Pero a veces hay otros, que nos plantean que hasta ese momento, no había indicaciones de estas cuestiones.

¿Qué aparece como distinto en relación a las presentaciones de los niños? Muchas son similares a las presentaciones clínicas que veníamos planteando en la infancia, pero aparece como posibilidad, si las condiciones cognitivas lo habilitan, la constitución de un *pensamiento delirante primario*, que también es un concepto nos aporta Piera Aulganier. El pensamiento delirante primario no es que siempre va a aparecer, hay chicos que están entre los siete, ocho años y que siguen presentando la misma formación clínica de la Psicosis en la infancia, pero hay otros que por ciertas capacidades cognitivas pueden constituir este pensamiento. ¿De qué se trata este pensamiento? Tiene que ver con intentos de explicación que se dan los niños frente al origen, al placer, al displacer, que han encontrado agujeros o que no tuvieron respuestas en las transmisiones familiares. Tiene que ver con construir un pensamiento que le dé sentido al existir de estos niños. Entonces, construyen un tipo de pensamiento que no sigue con los criterios de realidad y se instaura con una certeza y una fijeza que es inamovible.

Es un tipo de pensamiento que surge cuando hay posibilidades de empezar a acceder al nivel de la significación, cuando empieza a intentar preguntarse por ciertas cosas; intentan dar respuesta a estos vacíos en la transmisión familiar. Muchas veces también se constituye para intentar responder a la forma intrusiva que el medio tiene sobre niño. Entonces, a través de este pensamiento y de la certeza que este pensamiento impone, un niño de alguna manera se explica por qué hay tanta presencia e invasión de su medio en su cabeza.

Bueno, en un Hospital de Día en el que trabajé, había un chiquito que estaba trabajando con un colega y que lo que aparecía, era que constantemente pasaba noticias... Hay un texto escrito de este colega en una revista que se llamaba Diarios clínicos, donde él cuenta que se encontraba con un niño donde en todo su discurso este niño era un pasador de noticias; todo el tiempo estaba transmitiendo noticias tal cual escuchaba de la televisión. Cambiaba los tonos de voz y la modalidad del decir si el que hablaba era hombre, si era mujer, si era más grande o más chico, si era deportista, periodista de fútbol o periodista de actualidad... No era que copiaba lo que escuchaba y jugaba a ser periodista; él se mimetizaba con lo que escuchaba. Estaba todo el tiempo atado a esa seguridad que le daba la transmisión de noticias tal cual las había escuchado; era muy difícil acceder a él. Era un nene que todo el tiempo estaba hablando con el lenguaje de otro, ecolálicamente; un nene que nunca estaba presente en las cosas que pasaban; parecía una radio prendida constantemente. Eso le daba cuerpo a su ser frente a cuestiones que pasaban en su historia donde había mucha dificultad para pensarlo en diferencia. Era muy difícil pensarlo en su alteridad y en su diferencia, y había tomado esta posición. El trabajo del colega, en el hospital, se orientaba a empezar a involucrarlo en las noticias. Él se ponía, por ejemplo, en posición de otro periodista que lo acompañaba, en el lugar de alguien que estaba pasando noticias con él, y entonces, en las noticias lo incluía: “Hoy vino al programa tal periodista, que tiene tantos años y nos va a contar tal cosa”... Y ahí, dentro de lo que el niño planteaba como cotidiano, entraba para tratar de acceder a poder involucrarlo a eso que estaba pasando, con su diferencia y con su alteridad. ¿Me siguen?

Bueno, entonces las cuestiones similares a las que pensábamos para las Psicosis en la infancia son: la contaminación, la escisión, la confusión, el enredo, la ruptura con la realidad y la ecolalia, pero está esto nuevo de la posibilidad de instauración del *pensamiento delirante primario*. También está algo que algunos autores plantean y en el

Tratado de Psiquiatría está presente, de que hay procesos de mentalización que se imponen con la característica de no poder ser ni cuestionados ni movilizados por lo que uno le puede plantear, donde el niño no puede parar de pensar. No puede parar de pensar, pero no en una producción subjetiva; no puede parar de pensar porque si para se llena de angustia. Es como si fuera un movimiento constante pero con el pensamiento; entonces todo el tiempo están en una actividad de pensamiento que no les provoca ni apropiación, ni placer, ni producción distinta a esta posibilidad de que se intente a través de esto calmar la sensación de angustia que tienen. No es un proceso de pensamiento que lleve a una actividad compartida; es un proceso de pensamiento que no para, que encierra. Si el chico llega con eso, hay que intentar entrar ahí de alguna forma que habilite ir clivando estos momentos de imposibilidad de dejar de pensar, para poder ir trabajando con él e ir entrando; hay que entrar con lo que el chico va trayendo. Si él viene con los objetos tratamos de entrar por ahí; si viene con mentalizaciones rígidas, lo intentamos por ese lado.

Bueno, ¿alguna pregunta hasta acá?

Profesor Tkach: ¿Por qué no estás usando la noción de Esquizofrenias infantiles que es usada?

Profesora: Porque hay muchos autores que no plantean esta diferencia en los niños; algunos sí y otros, no. Incluso Tustin en algunos textos los plantea, pero otros autores prefieren hacer estas diferenciaciones entre formas presentes en la Psicosis de la infancia y de la niñez, o Psicosis tempranas y Psicosis de tiempos más tardíos, y no entran en este tipo de diferenciaciones. Muchos que sí entran en estas diferencias a partir de los tiempos de la adolescencia. Me parece que en los niños, si no hay un trabajo que se vaya instaurando y que pueda generar modificaciones, muchas de las cuestiones que estamos pensando, en relación al pensamiento delirante primario, van a ir tendiendo hacia la Paranoia, cuando éste se encuentra como encriptado y no toma toda la presentación del niño, y va a ir tendiendo hacia la Esquizofrenia si éste toma toda la escena o cuando las sensaciones de fragmentación se imponen en la continuidad de todas las sensaciones que vive el niño. En la Esquizofrenia esto tomó toda la escena; esto lo trabaja Piera Aulagnier. Allí uno se encuentra con cuestiones de desorganización general, de fragmentación general, de angustias masivas que siguen con el mismo nivel de presentación que aparecía en la infancia. Quizás en la Paranoia el pensamiento

delirante primario se instaura como encriptado y si el niño no roza ese tema, parece que el niño anduviera bien.... Cuando se roza ese tema, en ese punto, aparece el pensamiento delirante rígido, inmovil. Me parece que esa es la diferencia que yo plantearía en estos tiempos tempranos.

Profesor Tkach: yo para que sepan que hay una Psicosis a partir de los cinco, seis años con una denominación de Esquizofrenias infantil; Que hay autores que las toman y otros no.

Alumno: podemos pensar entonces que el estado más desintegrado o más primario es la Psicosis del orden más de la Esquizofrenia?

Profesora: Uno podría decir, que lo que más se acerca a la noción de Esquizofrenia tiene que ver con esta desorganización presente en la Psicosis en la infancia que persiste en la niñez, donde no hay, posibilidad cognitiva mediante, de construcción de un pensamiento delirante. En los casos en que este armado delirante quede como encriptado en la cabeza de un niño más grandecito, de un joven, de un adulto y no tome todo su ser, toda su personalidad, se puede hablar de Paranoia. Y en los casos en los que se presente conmoviendo toda subjetivación, se da más ligado a la Esquizofrenia.

Si van a los textos de Piera Aulganier, ella también plantea que en la Paranoia hay como intentos de explicación a las sensaciones de odio presentes en las experiencias vinculares tempranas del niño; el niño en muchos de los casos sobre los que ella trabaja, percibe un odio muy fuerte entre sus figuras primarias de sostén. Este pensamiento delirante intentaría dar respuesta ese odio percibido entre la pareja parental. El niño quedaría capturado en ese pensamiento, con el cual intentar dar sentido a las vivencias percibidas y experimentadas.

Les quiero leer algo de un libro que se llama “El niño azul”; es una novela que trata de un terapeuta que entra a trabajar en un Centro de día, y que en algún momento se pregunta, como yo también me he preguntado, y probablemente si trabajan con estas problemáticas se lo puedan preguntar, si no está poniendo demasiado compromiso y demasiada presencia en todo lo que pasa al niño... Porque cuando uno atiende pacientes graves, se lleva muchas cosas a otros espacios de su vida, y los que están cerca nos escuchan hablar de sensaciones o preocupaciones que tenemos en relación a los niños o jóvenes que presentan estas problemáticas... La protagonista de la novela, está

trabajando con un adolescente que se llama Orion, y está hablando con una enfermera de la institución... entonces ella le pregunta a la enfermera si cree que ella se está comprometiendo demasiado con el joven y la enfermera le dice:

¿Tú crees que yo no he alterado mi vida y la de mi marido con todo lo que he vivido en los hospitales? A veces llegaba a casa agotada y llorando y te imaginás la situación cuando había jefes importantísimos que prescribían tratamientos audaces, porque luego no eran ellos los que juntaban los pedazos rotos. (...) Había jefes de residentes, internos brillantes, jóvenes que venían a decirme como vos “me comprometo demasiado, me involucro demasiado”... No eres la única. Esos, los que dicen eso, son los mejores, son los verdaderos médicos. Escuchá lo que te digo, con los peces de aguas profundas como tu Orion, los que no se involucran despachan el caso a alguien más joven o a nosotras las enfermeras y esos desdichados pasan de mano en mano hasta toparse con alguien que se compromete y no los abandona. Déjalos decirte que no te involucres demasiado, ¿qué es demasiado? Yo te digo después de tantos años de hospital, que con los psicóticos, si no se hace demasiado es porque no se hace lo suficiente...

Profesor Tkach: Muy lindo, a mí me hizo recordar una cita de Piera Aulagnier, que la estuvo mencionando Daniela... Ella dice que... palabras más palabras menos... que el analista se parece más al artesano que se arremanga junto al paciente para sacarlo del atolladero que está viviendo. Quería hacer dos comentarios para sumar... cuando Daniela decía los dolores que sienten los niños, los sufrimientos que tienen, es muy difícil identificarlo porque tenemos que hacer un esfuerzo para captarlo. Esos dolores ponen en evidencia las llamadas angustias arcaicas o traumáticas, de las que hablamos la primera clase. Esas angustias son colindantes con el dolor, lindan con el dolor y se confunden con el dolor; hay pasajes entre una cosa y la otra. Eso me parece importante que lo tengan en cuenta, porque se conecta con el concepto de angustia traumática. Lo otro que quería decir es que en la clínica común, cuando aparecen estos problemas en chicos chiquitos, era muy frecuente hace algunos años, ahora lo es menos, confundirlos con débiles mentales. Hace muchos años eran confundidos con débiles mentales y con eso se marcaba el destino del niño. Manoni, fue una pionera en diferenciar a los débiles mentales de los psicóticos desde el punto de vista institucional, porque las instituciones tendían a ponerles un sello y eso ya impactaba en el niño. Hoy sabemos más cosas, permitiendo establecer diferencias. Además hay Psicosis que son deficitarias, o en las que predomina lo deficitarios, que son fértiles para tomarlos como una deficiencia

intelectual. A veces, en las familias, puede haber una negación para reconocer el involucramiento de los padres en estos problemas, y entonces, las hipótesis neurológicas de las neurociencias o cognitivas les dan una respuesta que los des-implica y eso les resulta mucho más fácil. Yo he tenido la oportunidad de atender un caso, que venía derivado de la neurología, e introducir otras hipótesis me resultó difícilísimo. Una vez ví a un chico con Psicosis que venía con un diagnóstico a predominio neurológico, y lo único que pude hacer fue describirle a la madre la angustia que tenía el niño y lo puse en un informe. Describí de qué padecía el niño, describí lo que veía en las sesiones con él. La madre al leer eso, tuvo un ataque y yo no lo atendí más, porque se le volvió algo insoportable. En otros casos no, los padres se acercan a otra dimensión del niño, pero en este era radical la imposibilidad de pensar la subjetividad. Esa es una cuestión que a veces influye en nuestro trabajo... decirle a los padres que no es un débil mental. Son problemas clínicos que están al orden del día.

Profesora: Bueno, ¿alguna pregunta?

Alumno: ¿Cómo pensar las angustias traumáticas o arcaicas cuando no hay privación sino un ambiente simbiótico? ¿Cuando el otro está muy presente y no hay lugar para la emergencia de la subjetividad? ¿Cómo pensar lo traumático?

Profesora: Lo que pasa que en esa presencia tan absoluta de la familia ahí, el chiquito también percibe que no puede estar si está separado. Una percepción que puede tener es que si se despega del otro, se rompe, porque la misma anticipación de que se puede romper si no está pensando como el otro, pegado al cuerpo del otro, pendiente de lo que el otro quiere, hace que el mismo el chico tampoco pueda pensarse en su posibilidad de ser autónomo y pensarse por él mismo o querer él mismo.

Yo iba a decir, Carlos, en relación con lo que decís, que en realidad la mirada que uno tenga puede modificar justamente la posibilidad de hacer intervenciones que movilicen, que esto es lo que uno se encuentra mucho trabajando en las instituciones con los padres... Intervenciones que movilicen a estos papás y que se hagan alguna pregunta distinta por lo que le pasa al niño que no esté explicada desde como se venía explicando hasta ese momento. Y también que muchas veces aunque el retraso mental no esté planteado inicialmente, la persistencia de sensaciones de desparramo corporal, de angustia de aniquilamiento y los intentos masivos de mecanismos defensivos para paliarlos, van corriendo al niño del encuentro con la realidad, y hay muchas cuestiones

que también son cognitivas que se van dando en el encuentro con la realidad. Muchas veces se generan a posteriori procesos de debilidad mental o de retraso mental que no están dados inicialmente, entonces esa es otra cuestión a tener en cuenta.

Profesor Tkach: una cosa más por la pregunta de la simbiosis... Como explicó bien Daniela, la simbiosis es para salir de la angustia de desintegración, pero la simbiosis misma a su vez genera angustia de engolfamiento con el otro; se sale de una trampa y se entra en otra.

Profesora Muiña: Ahí se pueden presentar angustias de persecución también, por la presencia constante del otro en la cabeza y en el cuerpo del niño. O sea, por un lado intenta calmar, pero por otro lado genera angustia persecutoria. Entonces después el chico también se intenta defender de la persecución que viene del medio; por eso un montón de veces aparecen posteriormente delirios que tienen que ver con aspectos persecutorios.

Bueno por hoy dejamos acá, gracias.