

TRATADO DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

S LEBOVICI – R DIATKINE – M SOULE

BIBLOTECA NUEVA - 1990 - MADRID

TOMO III

CAPITULO 9

LAS PSICOSIS INFANTILES

René Diatkine Y Paul Denis

Las psicosis infantiles constituyen, para muchos autores contemporáneos, uno de los polos de la psicopatología infantil, y sin embargo su unidad, como entidad mórbida, no es ni mucho menos evidente. En efecto, se designan con este nombre estados clínicos muy dispares, cuyo primer carácter común es su manifiesta gravedad -aunque ésta no sea siempre obvia para la familia- gravedad que la evolución suele confirmar con frecuencia. A veces parece que el trastorno afecta a la inteligencia, y los procesos cognitivos parecen suspendidos o desviados, pero un examen atento permite poner en evidencia elementos contradictorios que desdican la primera impresión. Otras veces, es el lenguaje el que está en cuestión: ausencia de aparición del lenguaje, disfasia grave que eclipsa las otras particularidades del funcionamiento mental o, por el contrario, mutismo, es decir desaparición en ciertas circunstancias de un lenguaje ya constituido. En ocasiones, el comportamiento se ve alterado: singularidades que superan por su repetición y rigor los rituales frecuentes del niño pequeño, cóleras, agitación, expresión de angustia intensa o impasibilidad impenetrable hacen particularmente difícil la evaluación de los afectos del sujeto. Pero se consideran igualmente como afectados de psicosis infantil a niños con rendimientos intelectuales muy brillantes, cuyo lenguaje oral y escrito se ha desarrollado a veces con gran precocidad. A menudo, sus intereses están muy desigualmente repartidos; algunos sectores de la actividad psíquica parecen investidos con pasión, mientras que otros están radicalmente excluidos.

La mayor parte de estos niños, a pesar de la diversidad de su adaptación a las obligaciones familiares y escolares, se convierten en adultos con dificultades para hallar su lugar en la sociedad. Sus realizaciones son nulas o trágicas, y sus relaciones con los demás son también difíciles.

Sus actividades profesionales encuentran también dificultades, se dé o no evolución deficitaria. La incapacidad para planificar una acción o interesarse por las tácticas de aproximación, la exigencia de la realización inmediata del deseo y la ausencia del placer de desear son manifiestas en los sujetos que han sobrevivido mejor a una infancia particularmente disarmónica. Pero no es en función de un estado terminal, por utilizar un término de la psiquiatría de Kraepelin, como debe justificarse la utilización de un concepto nosológico, tanto más cuanto

que algunos adultos que presentaron previamente una psicosis infantil han conseguido organizar una vida aparentemente normal, con éxitos profesionales a veces brillantes a pesar de su abrupta intransigencia. Se han casado y han tenido hijos. Pero presentan particularidades del carácter que les hacen a menudo profundamente patógenos para su pareja y sus hijos.

Ya desde la infancia es posible distinguir, más allá de la sintomatología manifiesta, un cierto número de propiedades comunes en los procesos psíquicos de estos pacientes. Aclararlos debería permitir progresar tanto en la investigación etiológica como en la búsqueda de nuevas vías terapéuticas.

Estudiaremos sucesivamente:

Las formas clínicas de la psicosis infantil en su muy diverso aspecto manifiesto.

La psicopatología en su diversidad y su unidad.

El estado actual de las investigaciones etiológicas y fisiopatológicas.

El estado actual de las intervenciones terapéuticas.

ESTUDIO CLÍNICO DE LAS PSICOSIS INFANTILES

El autismo infantil precoz

Descrito por primera vez por Leo Kanner en 1942, ha sido objeto de numerosos estudios psicopatológicos, etiológicos y terapéuticos a los que nos referiremos en este capítulo.

Este síndrome aparece durante los primeros años de vida y es localizable en diversos movimientos evolutivos, durante los cuales se constituye en una forma que comprende pocas variaciones; el hecho de que el autismo sea típico durante una fase relativamente breve o por el contrario larga hasta la desesperación, el que sea primitivo o secundario, debe considerarse como la expresión manifiesta de un modo de funcionamiento mental que posee su propio equilibrio dinámico y económico, y que puede tomar forma en diferentes contextos.

El síndrome del autismo infantil precoz

Se caracteriza esencialmente por la ausencia de comunicación del niño con las personas vivas que le rodean y en particular con su madre y su familia más próxima. Este defecto evidente se traduce en todos los registros habituales de comunicación.

1. La mirada vacía del niño es impresionante, no se dirige a nadie, ni a la madre ni a cualquier otro ser humano que intente interesarse por él. Esta mirada ausente recuerda a veces la amaurosis.
2. No aparecen ni la mímica ni los gestos de llamada, y el niño no responde a las solicitudes habituales de los adultos ni de otros niños.
3. Parece insensible a las estimulaciones auditivas en general, y no se interesa tampoco por la voz de su madre ni por la de los desconocidos. En esta fase, los ruidos, incluso si son bruscos e intensos, no desencadenan sobresalto ni reacción emocional alguna, lo que a menudo hace pensar que el niño es sordo, tanto más cuanto que los reflejos psicogalvánicos son a menudo atípicos.
4. Las reacciones emocionales del niño son en su conjunto extrañas. Lo más a menudo, el niño no manifiesta ninguno de los signos de displacer habituales a esta edad. Permanece inmóvil, con los ojos abiertos si se despierta por la noche, sin gritar ni llorar. Por el contrario, cuando se le cambia de habitación o de casa el equilibrio se altera fácilmente y no tardan en aparecer violentas crisis emocionales, mientras que parece insensible a la desaparición de la madre, de las personas familiares o a la llegada de un desconocido,

como se advierte habitualmente en el segundo semestre. Es un bebé que no tiene caprichos.

5. Un examen más minucioso del niño autista muestra, en la fase en la que el cuadro típico está constituido, que los ejes de referencia son radicalmente distintos de los de los niños de su misma edad. No sólo no se da la diferenciación entre madre y no madre, y entre familiares y extraños, sino que el niño no parece conceder importancia a la distinción entre lo vivo y lo inerte, lo animado y lo inanimado. Por ejemplo, un niño autista había sido habituado a besar a sus padres cuando se le conducía a la sala de estar del piso, y esto se había convertido en un ritual al que todos se conformaban estrictamente. Pero, al desplazarse, daba también besos a los muebles, a los objetos o a los visitantes eventuales. Otro niño, que iba cogido de la mano durante un paseo, al soltarse un momento, se agarraba a la mano de cualquier paseante. Un tercero no sentía temor alguno ante los animales de una granja, durante un período de vacaciones.

El comportamiento particular del niño autista hacia los otros seres humanos es difícilmente interpretable. A veces el hecho de evitar la mirada parece una fuga activa. Más a menudo, se puede suponer que se trata de una ausencia de toma en consideración, de una no construcción de la «gestalt» perceptiva «madre», lo que obliga a imaginar otros procedimientos de intercambio con el entorno, al no poder ser utilizados si no es con cierta circunspección los conceptos de identificación en sus diferentes formas. Claro está que esta posición crítica no es sostenible si se elige la hipótesis según la cual se trata de un rechazo activo a oír o ver al otro, hipótesis que debe discutirse cuando se trata de autismos secundarios. El niño autista mueve objetos y juguetes pequeños que han sido puestos en su cuna o en su parque. También mueve sus manos en su campo visual, en movimientos repetitivos cuya finalidad no resulta evidente para el observador. Más tarde, coge la mano del otro en un movimiento más utilitario, y se diría que la utiliza como instrumento. Deducir de aquí que toma las partes de su cuerpo o las manos del otro por objetos inanimados no nos permite adelantar demasiado, puesto que la oposición entre vivo-e inanimado no parece pertinente en la construcción teórica del niño autista en su fase típica. Por eso, no debe extrañarnos el ver a estos niños imprimir movimientos de rotación a los objetos que manipula y a su propio cuerpo. Se describirán otros rasgos atípicos en su comportamiento motor a propósito de las formas evolutivas, pues éstas aparecen a menudo cuando la estructura autística tiende a desequilibrarse.

6. El desarrollo psicomotor es bastante variable. Algunos niños presentan un desarrollo atípico; otros adquieren rápidamente autonomía motriz, y demuestran una gran agilidad tanto en su motricidad global como en sus movimientos finos. Se advierte entonces con claridad que el aspecto formal del espacio es tan importante para estos niños porque no tienen en cuenta lo que al observador le sirve de punto de referencia esencial (lo que está en mí o fuera de mí, lo viviente o lo no viviente, el ser humano bueno o malo, «como yo» o «diferente de mí», etc.).

Este investimento de las oposiciones formales puede reconocerse de diferentes formas, en las modulaciones totalmente originales del principio de placer-displacer. a) Como se ha dicho más arriba, el niño autista soporta mal cualquier cambio de lugar de vida. Un traslado de la familia o la admisión en un internado provocan a veces desorganizaciones catastróficas. b) Los niños autistas desarrollan a menudo una capacidad sorprendente de localización topológica. En un contraste impresionante con la reacción de catástrofe provocada por el traslado, los niños autistas pueden, algunos años más tarde, familiarizarse inmediatamente con nuevos lugares (el lugar de tratamiento), captar el plan del lugar y encontrar sin la más mínima duda el camino que les conduce hasta él. c) Es de sobra conocida la asombrosa capacidad de los niños autistas para distinguir formas geométricas

(semejantes a la tabla de Seguin) y para completar las piezas de un puzzle. d) Algunos desarrollan una habilidad manual extraordinaria y son capaces de desmontar rápidamente los objetos que han suscitado su interés.

El conjunto de estos elementos permite postular que en los niños autistas se pone en marcha un tipo distinto de construcción de las representaciones del mundo, y que ciertos criterios formales son más pertinentes en estos casos que las cualidades agradables o desagradables concedidas desde los primeros meses de la vida a la madre y a otras personas en contacto con el niño. El niño autista resulta por ello incomprensible para el otro, no es más que una pantalla para las proyecciones masivas de los adultos que deben organizarse frente a él, padres, educadores, y psicoterapeutas.

7. En el cuadro típico que acabamos de describir, no tiene cabida el lenguaje, puesto que los campos noéticos del niño y de los demás son radicalmente diferentes. Sólo cuando este cuadro se modifica y el niño presta alguna atención a eventuales interlocutores, se instaura alguna comunicación verbal. Describiremos también el lenguaje de los niños autistas a propósito de las formas evolutivas. Recordemos sin embargo, que es la ausencia del lenguaje la que, aún hoy, angustia con frecuencia a los padres y les lleva a consultar a los especialistas. El autismo infantil precoz plantea, en el primer contacto con un equipo psiquiátrico, el problema del diagnóstico, que no hay que confundir con el de las encefalopatías, otras formas de disarmonías evolutivas o de disfasia, y por supuesto, como ya ha sido dicho, la sordera profunda o total.

8. A pesar de este aparente desorden, no es infrecuente constatar que los hábitos de limpieza se adquieren normalmente, si bien se dan casos muy variados. Esta relativa capacidad para adquirir ciertos automatismos no resulta fácil de explicar, sobre todo porque tal vez se vea modificada cuando el niño entra en relación con el otro, y en particular durante los intentos de aproximación psicoterapéutica.

Un niño observado por uno de nosotros presentó mericismo durante varios años. Esta regurgitación maloliente se producía precisamente cuando el niño se hallaba cerca de la psicoterapeuta, contrariamente a lo habitual en los niños hospitalizados, en los que la presencia de una enfermera basta para que el síntoma desaparezca.

9. Numerosos autores subrayan la ausencia de actividad autoerótica. Margaret Mahler (1) explica la facilidad de adiestramiento esfinteriano por la indiferencia hacia las zonas erógenas. A veces se advierte una resistencia a los sufrimientos psíquicos, como si la piel estuviera menos investida que en los niños normales. Se han descrito conductas auto agresivas mutilantes. Pero no creemos que éstas sean específicas del autismo infantil precoz. Tal vez sean consecuencia del desinvertimiento de los adultos y de las condiciones de vida de estos niños -en particular la hospitalización- que juegan un gran papel en su aparición.

Descripción de las formas evolutivas

No seguimos aquí la clasificación propuesta por F. Tustin en su obra de referencia sobre este tema (2). En efecto, Tustin distingue: el autismo primario normal, el autismo primario anormal, el autismo secundario «con caparazón» y el autismo secundario regresivo, y es en función de estas categorías como compara el autismo infantil precoz y la esquizofrenia del niño. Esta clasificación es muy estimulante, pero supone, para ser adoptada en una exposición general, que se comparta el sistema de referencia teórica del autor, lo cual no es imposible pero tampoco obvio.

Las vías de entrada

1. El autismo infantil precoz primario, constituye la forma más típica. Resulta importante advertir sus primeras manifestaciones, ya que el diagnóstico precoz permite a veces una acción terapéutica eficaz. Desgraciadamente, todo se conjuga para retrasar el diagnóstico, y para que los signos precoces no sean observados, como no sea retrospectivamente.

En esquema, resulta posible hallar dos tipos de situaciones:

Puede tratarse de un lactante llamativamente obediente y tranquilo, que no intercambia ni miradas, ni sonrisas, que no llora, no solicita nada, permanece insomne con los ojos abiertos sin llorar. Esta ausencia de elementos primitivos de comunicación permite constatar la anomalía evolutiva grave. Pero en muchos casos, la ausencia de todo comportamiento de afecto responde a una dificultad maternal, aparentemente discreta, pero de graves consecuencias. En las formas más típicas, se trata de madres que viven mal su embarazo, a pesar de disposiciones conscientes bien distintas y de una encarnizada voluntad para que todo salga bien. Tras el parto, a menudo penoso, la madre se recupera mal de la depresión habitual del postparto, pero lo bastante como para no hablar de ello a su entorno y garantizar ella sola los cuidados materiales del bebé. Pero estos cuidados se llevan a cabo sin alegría, sin la exuberancia verbal propia de esta actividad, con una discreta náusea de la que la madre se avergüenza. «Menos mal que era más tranquilo que los otros, y que no pedía nada. En el estado en que yo me encontraba no lo habría soportado», contaba retrospectivamente la madre de un niño autista. Se trata de estados depresivos discretos, no reconocidos por la madre, avergonzada de no disfrutar cuando debería sentirse feliz. El entorno no se percató de nada, puesto que el humor de la madre no ha cambiado de forma lo suficientemente significativa como para que alguien decida intervenir. El abuelo de un niño autista, un hombre muy instruido y atento a los demás, se dio cuenta tras el nacimiento de su nieto de que hija telefoneaba menos a menudo a sus padres y no parecía desear las visitas de éstos. Un tanto perplejo ante este matiz del comportamiento de la joven madre, había optado por la discreción, sin comprender hasta más tarde el sentido de este repliegue.

Winnicott (3) ha descrito muy bien la evolución en dos tiempos de las madres de niños psicóticos; su descripción es aplicable a lo que suele ocurrir con los niños autistas. Después de haber fallado en lo que denomina la «preocupación maternal primaria», las madres advierten que el desarrollo del niño es atípico, se inquietan y al mismo tiempo se curan de su depresión. Se dedican luego al cuidado al niño, y la ausencia inicial de investimento cae en el olvido. Se convierten en madres «enfermeras» que no le dejan al chiquillo ninguna autonomía. Para la madre, resulta a veces doloroso el descubrir que su hijo no siente ningún placer en su contacto con ella; el dolor de la madre puede entonces convertirse en una prueba terrible para la estabilidad de la pareja parental. Padre y madre no viven este traumatismo al unísono.

Algunas madres rechazan totalmente este hijo, y es el padre quien se convierte entonces en el «cuidador» del niño. El niño simboliza en forma sincrética los conflictos conyugales en su expresión manifiesta y en sus formas más inconscientes. Un padre, por ejemplo, llevaba a su hijo autista a una consulta especializada y describía en él, de forma muy poética, su propia angustia metafísica, mientras que la madre había desarrollado un rechazo casi fóbico de este niño (y también un poco de su padre) y declaraba en cada entrevista que no podía ser maternal con él. En otro caso de niño autista, era evidente el desacuerdo entre padre y madre. Mientras que la madre permanecía angustiada ante el niño, desesperada por la situación, el padre no cesaba de repetir que su hijo era perfecto, que no le faltaba más que la palabra y que era preciso enseñarle a hablar sin estropearlo, es decir, sin hacerle semejante a los niños vulgares y detestables que él veía alrededor. Mostraba de este modo su incapacidad para construir la representación de su hijo, incapacidad que era efecto de las dificultades psíquicas que habían desesperado profundamente a su mujer mucho antes del nacimiento del niño.

Ocurre a menudo que, en una segunda etapa, uno u otro de los padres desarrolla un extraño optimismo, ilusión inadecuada que valora cada mínima diferencia de comportamiento como si constituyera un progreso decisivo. Así como la ilusión anticipadora es estructurante para el psiquismo del niño, esta denegación trágica del automatismo de repetición, proceso antidepressivo indispensable para el adulto que lo desarrolla, vuelve aún más estéril la acumulación de experiencias sucesivas e idénticas.

Resulta difícil reconstituir, retrospectivamente, los primeros meses de vida de un niño autista y de sus padres, hasta tal punto el descubrimiento de la patología del niño constituye una experiencia traumática a partir de la cual se reorganizan los recuerdos de los padres. El hecho de que la ausencia de demanda del bebé haya sido la réplica menos negativa a la depresión maternal se transforma retrospectivamente en el recuerdo de que todo iba bien en los primeros meses de vida.

Entre los casos de autismo infantil precoz publicados en 1958 por J. de Ajuriaguerra, D. Kalmanson y uno de nosotros (4), así como entre los que hemos seguido más tarde, la desviación de algunos de entre ellos parecía inexplicable, hasta tal punto los relatos sucesivos de los padres mencionaban la certeza de que el comienzo de la vida había sido normal, y que, por tanto, era imposible localizar ningún incidente como factor etiológico. Tan sólo después de diez años de entrevistas regulares con una madre, ésta, gracias a una asociación verbal imprevista, relató el displacer que sintió ante la idea de tener un séptimo hijo, el sentimiento intensamente desagradable de tener que parir mientras su marido estaba trabajando en un país lejano, la inercia uterina que se manifestó en el momento del parto y el asco vergonzoso con el que había prestado sus cuidados al bebé, un recuerdo borrado que jamás había aflorado en sus pesquisas por conocer las causas del autismo de su hija.

Hay otra vía de entrada radicalmente distinta en el autismo infantil precoz «primario». Se trata en este caso de lactantes que, desde los primeros días de vida, han vivido situaciones ansiógenas para sus padres, tales como anorexias inmediatas, trastornos graves en el ritmo nictameral del sueño, infecciones repetitivas rinofaríngeas, en un clima dramático que impide del todo la instauración de los primeros intercambios necesarios para que desde ambas partes se establezcan remansos de calma lo bastante prolongados. A esta disarmonía relacional le sucede el descubrimiento del autismo, cuando retorna la calma y todo debería ir bien.

El estudio de los niños que han pasado los primeros meses de su vida en servicios de cuidados intensivos (5-G. Raimbault y cols.) ha aportado materiales de comparación esenciales para comprender este terna. Cuando los padres han logrado hacer frente a situaciones dolorosas y angustiosas, sin tener que desarrollar procesos de denegación que alteran fuertemente su representación del niño, cuando el equipo médico y de enfermería, con la ayuda de los psicoterapeutas, ha respondido correctamente a su angustia, el psiquismo de los niños que han vivido experiencias iniciales muy atípicas se ordena de forma asombrosa y responde de forma muy diferente a las estimulaciones parentales. Algunos verán en esto un argumento en favor de la existencia de un «proceso» psicótico endógeno. Otros están más interesados por los diversos efectos de las fantasías parentales en función de su propia estructura.

2. El autismo infantil precoz se organiza secundariamente tras una fase de algunos meses durante la cual el desarrollo ha sido normal. Se producen entonces algunos incidentes importantes que perturban del todo la evolución.

Lo que se ha dicho más arriba acerca de la reorganización de los recuerdos de los padres nos infunde un cierto escepticismo acerca de su testimonio cuando afirman que el primer desarrollo ha sido normal. Sin embargo, no debería confundirse el recuerdo vago, resumido en «todo ha debido funcionar bien, no habíamos notado nada», y los recuerdos dolorosos y precisos de un bebé sonriente que tiende sus brazos, que luego se hunde en la lejanía y en la indiferencia.

Tal era el caso de un niño afectado de autismo infantil precoz, que J. Simon siguió hasta la edad adulta (4-Ajuriaguerra et al., 1959; 6-Lebovici et al., 1966), y que sin la menor duda presentó esta evolución. Hasta los cuatro meses, los primeros intercambios con la madre fueron sensiblemente normales. A los cuatro meses, el bebé presentaba un estado infeccioso rinofaríngeo, resistente a los antibióticos. A pesar de la ausencia de cualquier signo de afectación encefálica o meníngea, el comportamiento del niño se modificó considerablemente. Vomitaba todas las comidas en un estado febril que entrañaba probablemente un serio malestar corporal. El niño se replegó, la lalación y la sonrisa desaparecieron, lo cual, en un primer momento, no le resultó muy preocupante a la madre, obsesionada por lo que pensaba era un peligro vital para el niño, es decir el adelgazamiento y la precariedad del estado general. A los nueve meses, una ablación de amígdalas puso fin al estado febril y a los vómitos. Es probable que la audición resultara igualmente afectada durante esta infección subaguda prolongada de la rinofaringe, con lo que vino a añadir, en un mal momento, un trastorno aferencial pasajero al malestar general y a la perturbación de las relaciones alimenticias.

Otras distorsiones evolutivas indiscutibles pueden ser más tardías. Por ejemplo, un niño seguido por uno de nosotros se instaló en un estado autístico durante el tercer año, luego de que se le obligara a llevar un parche sobre el único ojo que tenía con valor funcional, para curarle de un estrabismo. Cuanto más tardía es la desorganización, más interrogantes se suscitan acerca de las predisposiciones del niño y de su familia, del estado del niño antes de la experiencia traumática así como sobre las disposiciones psíquicas de los padres, que siguieron las prescripciones del oftalmólogo por mucho que se percataran, como no podía ser de otra forma, de la depresión del niño.

A veces, la entrada en el autismo infantil resulta aún más difícil de captar, en la medida en que tal vez haya preexistido una organización psicótica de otra naturaleza, desconocida de los padres. Margaret Mahler y Frances Tustin han descrito muy bien estos casos, pero un ejemplo permitirá captar mejor este tipo de evolución. Un neuropediatra muy experimentado envía a una consulta psiquiátrica a un niño de cuatro años en las siguientes circunstancias. Después de una crisis epiléptica, que sobreviene al final de su tercer año, el niño ha perdido prácticamente todas sus adquisiciones y su lenguaje ha desaparecido. La epilepsia era indiscutible, pero se ha equilibrado rápidamente con un tratamiento adecuado, ya los cuatro años el trazado encefalográfico era totalmente normal. El estado mental, por el contrario, no ha mejorado y el autismo resulta evidente en la exploración. Ante la perplejidad del psiquiatra, el relato de la madre se modifica en las sucesivas consultas y aparece otra historia del niño. La madre había atravesado una larga fase depresiva durante los dos primeros años de la vida del niño. Éste había sido confiado a una criada, instalada con él en una habitación alejada, en la mansión en la que vivía la familia. Cuando tuvo dos años y medio, la madre, que iba mejor, descubre que el niño no puede separarse ni un solo instante de esta criada y, en particular, que no puede dormir más que en la cama de ésta. Malinterpreta el sentido de esta situación, y decide ocuparse ella misma de la educación de su hijo y despedir a su empleada, que considera como una viciosa. El niño soporta muy mal esta separación, se encierra en sí mismo y comunica cada vez menos con su familia. Se le aconseja entonces a la madre que lleve al niño al parvulario para «socializarle». El niño se deprime cada vez más y en el transcurso de esta nueva prueba se produce una crisis epiléptica. Probablemente, el autismo sucedió a una organización simbiótica centrada en la madre sustitutiva. La ruptura salvaje de esta relación privilegiada provocó la aparición del autismo, posición defensiva que no resultó eficaz para evitar esta forma de desorganización aguda que provocó la crisis epiléptica.

Las vías de salida del autismo infantil precoz

Los ejemplos clínicos precedentes permiten considerar el síndrome del autismo infantil precoz como un modo de organización destinado a disminuir tensiones internas con medios que le son propios, organización dotada de una gran estabilidad, como atestiguan las dificultades con las que tropiezan los diversos intentos terapéuticos. El niño se organiza de este modo, o bien porque no ha sido suficientemente desestabilizado en los primeros intercambios con su madre, o bien porque sus experiencias posteriores le han sumido en contradicciones insuperables. Tendremos ocasión de volver sobre estos puntos durante la discusión psicopatológica. Subrayemos aquí que ciertos factores de desestabilización entran en acción con mayor o menor intensidad cuando el síndrome reconocido por los padres resulta insoportable para éstos, mientras que, en el mismo período, otras fuerzas contribuyen a su estabilización.

Se considera hoy en día que las actitudes de los padres y de la estructura familiar juegan un papel importante en esta red contradictoria, pero existen probablemente, en ciertos niños, factores endo-psíquicos de desestabilización, factores que sin embargo resultan difíciles de advertir.

Clínicamente, se observan modificaciones que se sitúan en tres planos: la toma en consideración del otro, la aparición de la angustia ligada a la pérdida objetal y el establecimiento de un sistema de comunicación.

- La toma en consideración del otro se establece lentamente. Viene señalada por diferencias del comportamiento según que el niño sea objeto de sollicitación por parte de personajes más o menos familiares. Una madre que adopta la posición de «cuidadora» tiene tal necesidad de descubrir tardíamente los signos de reconocimiento, que a menudo logra instaurarlos, y con tal eficacia que resiste bastante bien a la constatación cruel y repetida de que el niño sigue dócilmente a cualquier extraño y en particular a quien va a examinarlo. A veces este reconocimiento de la madre va demasiado lejos, y el niño se vuelve tan tiránico en su deseo de posesión como un niño afectado de psicosis simbiótica.

- La aparición de la angustia de separación va emparejada con este movimiento de reconocimiento, justamente en la medida en que no está muy matizado, permanece poco elaborado y, por tanto, difícilmente resulta desplazable y transferible. La vida del niño, que emerge de su soledad, se ritualiza en comportamientos que implican al otro, y cualquier fallo en el ritual desencadena la angustia a veces acompañada de cóleras elásticas.

- Se organiza una mínima comunicación con las personas que rodean al niño. Primero es la utilización de la mano del otro para que ésta realice el gesto deseado por el niño. Este gesto implica la indiferenciación de esta mano respecto de un instrumento inerte. Pero además, resulta impresionante por la ausencia de todo esbozo de simbolización: el gesto impuesto al otro es el inicio del movimiento deseado (abrir la puerta, dar un objeto), analógico, en el sentido estricto del término, sin constitución de una representación intermediaria.

En un grado superior, el interés del niño por el otro se traduce a veces en la aparición de la ecolalia; el niño empieza a repetir, en secuencias más o menos largas, lo que oye, ya sean expresiones a él dirigidas o sonidos o canciones escuchadas al azar. Evidentemente, la ecolalia es frecuente durante el acceso al lenguaje de todos los niños, pero en este caso se trata del comienzo de una apropiación que incluye una elaboración de la secuencia repetida y rápidamente transformada. En los niños autistas, la ecolalia se organiza en una dirección particular. Puede ocurrir que el niño utilice la secuencia repetida como una señal de la existencia del otro y como señal de su propia existencia, sin que la estructura lingüística del lenguaje sea tenida en cuenta.

Dos ejemplos ilustrarán esta particular forma de comunicación. Un niño de cinco años sigue sin dificultad al examinador hasta su despacho, aunque nunca le había visto hasta entonces.

Una vez cerrada la puerta, el niño parece bastante perdido, y el examinador,

automáticamente, le dirige un «buenos días, Dominique», que despierta la angustia del niño, como si descubriera, por esta incongruencia, el carácter insólito de la situación. Quiere entonces salir y volver con sus padres. Coge la mano del interlocutor y la tira hacia el picaporte de la puerta mientras repite incesantemente «buenos días, Dominique» que se convierte al momento en señal indiferenciada de la comunicación, percibida por el interlocutor como un «óigame, no corte» particularmente patético.

El segundo ejemplo se refiere a un niño autista de doce años, que entraba en el despacho de su psicoterapeuta repitiendo con júbilo cierto número de enunciados oídos al entrar allí durante los años precedentes, en una acumulación bastante significativa de su funcionamiento mental. Un día su padre le había enseñado a unos albañiles trabajando sobre un andamio. El niño había entrado en la habitación diciendo «obreros trabajan» lo cual habría podido pasar por un elemento banal de conversación. Pero durante años y años saludó al psicoterapeuta con estas mismas palabras, que venían a añadirse a las ya recogidas en años precedentes.

Sin embargo, a partir de la ecolalia, la evolución del lenguaje es muy variable. Leo Kanner (7,8) considera que si el lenguaje no se ha adquirido antes de los cinco años, las probabilidades del niño autista de utilizar realmente el lenguaje son remotas, y esta regla, por relativa que sea, suele ser verificada por todos aquellos que se ocupan de niños autistas.

La descomposición del lenguaje ecolálico ocurre lentamente, y el niño pasa del lenguaje global a la utilización de un número creciente de signos más diferenciados, con lo que se aproxima poco a poco al sistema semántico de la lengua. Uno de los aspectos más impresionantes de estas transformaciones a veces laboriosas es la dificultad específica en la utilización de los pronombres.

El niño normal comprende rápidamente que «yo» y «mi» designan a quien habla; «tú» a aquél a quien se dirige uno, «él» o «ella», a un tercer personaje ausente. Este dominio del lenguaje supone naturalmente una cierta estabilidad en el sistema identificatorio del sujeto, quien, para lograrla, no debe arriesgarse a la pérdida de puntos de referencia de su identidad. El paso de esta disposición psíquica al manejo del lenguaje no resulta fácil. Sin embargo, la dificultad queda soslayada durante meses por la utilización de un término funcional indiferenciado que sustituye a uno u otro pronombre. A veces, la supresión transitoria de pronombres es una solución. El niño autista utiliza sin transformarlo el enunciado percibido. Como el interlocutor le designa por «tú», él se designa a sí mismo de la misma manera. Esta manera de hablar de sí mismo en segunda persona es particular de los niños autistas que empiezan a salir de su aislamiento primero, y proporciona a los interlocutores la sensación de verdadera locura.

En ocasiones, el lenguaje se pone en marcha en forma bastante brusca, según unos procedimientos particulares. El niño citado anteriormente, cuyo autismo había aparecido en el transcurso de una infección rinofaríngea, se interesó primero por el aspecto más formal de todo lo que le rodeaba. Sus primeras palabras fueron las cifras. Se puso a contar los objetos idénticos, tales como los escalones de una escalera o sus propios pasos. En algunos meses, el lenguaje quedó constituido sin trazas de ecolalia, con un vocabulario muy extenso y una sintaxis correcta. Al mismo tiempo, dibujaba con gran destreza figuras geométricas. Primero fueron espirales, antes de que hablara, después polígonos y estrellas de las que numeraba los elementos; también las agrupaba en series ascendentes o descendentes, y repetía («una estrella con cinco puntas a la cual se le quita una punta, esto hace una estrella de cuatro puntas»), etc.

Esta aritmomanía había adquirido indiscutiblemente un cierto valor simbólico, puesto que el niño se veía afectado por una manifiesta inquietud cuando constataba la desaparición de la figura por debajo de tres elementos para los polígonos y de dos para las estrellas. La tranquilidad volvía cuando el niño comenzaba de nuevo una serie ascendente. Por tanto, la utilización del lenguaje estaba destinada, predominantemente, a evitar la angustia. Cualquier expresión de afecto le parecía temible, y se servía de los números para soslayar tal dificultad. Un día sorprendió a su familia al escribir una carta que empezaba por: «Mi 18 madrina.» El mismo explicó este

lenguaje codificado en forma lacónica: 18 era el número de distrito postal del departamento de Cher (I). Cursó estudios primarios y secundarios atípicos, con excelentes resultados en todas las actividades matemáticas, pero rechazando la menor actividad literaria, ya se tratara de redacción o de lectura. Aunque buen matemático, era también un prodigioso calculador, sin que la práctica de su lengua materna le permitiera la elaboración con relación a sus propios deseos. Aunque terminó el bachillerato, no prosiguió sus estudios superiores, al rechazar totalmente la aplicación de las matemáticas a la física.

Es posible distinguir cuatro grandes tipos de evolución:

- Algunos niños autistas no adquieren jamás el lenguaje. Su reconocimiento del otro permanece muy rudimentario. Tras una fase de ritualización y de crisis de angustia, se produce una mínima estabilización, caracterizada por nuevas retiradas de investimento. Se trata de la evolución deficitaria, a veces acogida con alivio y con cierta complicidad por quienes viven con el niño.
- Otro tipo evolutivo está representado por el niño que utiliza los restos de ecolalia como señal global. Es posible una socialización relativa en el interior de su familia, completamente relacionada con la acción reparadora de uno de los padres, sin que se produzca la más mínima autonomía real.

Pueden desarrollarse ciertos aprendizajes sectoriales, nunca utilizados fuera de la situación de adquisición. El niño autista que saludaba a su psicoterapeuta con la acumulación de frases oídas cuando se dirigía hacia la consulta aprendió a leer y a escribir bastante fácilmente gracias a la ayuda de un profesor particular. Sin haber adquirido el lenguaje oral, al margen del sistema exclamatorio descrito, era capaz de leer un texto en voz alta sin transformación notoria y escribir al dictado, con una escritura gruesa, poco hábil y con simplificaciones ortográficas. No comprendía nada del texto escrito, como tampoco se interesaba por el sentido de lo oral, pero esta actividad provocaba en él una gran alegría.

Más tarde aprendió a esquiar, a cuidar el jardín e incluso a conducir un coche (sin salir del terreno de su propia casa). El placer manifiesto que sentía con estas actividades es un buen tema de reflexión para el psicopatólogo, y plantea en particular todo el problema de la justificación y de los límites de las terapias de comportamiento.

- El tercer grupo está representado por el desgraciado matemático cuyo lenguaje apareció de pronto entre los cuatro y cinco años. Aunque su evolución parece infinitamente más favorable que la de los grupos precedentes, a pesar de la adaptación escolar relativa absolutamente inconcebible para los demás, estos niños siguen siendo atípicos, incapaces de negociar sus deseos. En los adultos, estas antiguas psicosis infantiles pueden fácilmente ser distinguidas de las hebefrenias, cuyo destino suelen compartir.
- Finalmente, algunos autistas, después de encuentros o combinaciones felices pero del todo imprevisibles, hallan una adaptación social relativa, ya veces llegan a ser geniales. Nosotros mismos habíamos esperado que éste fuera el caso de nuestro matemático, que habría podido triunfar brillantemente en la época en que se estudiaban matemáticas puras, y que habría podido casarse y tener hijos cuando los matrimonios eran arreglados por las familias...

Las psicosis simbióticas

El concepto de simbiosis fue creado por Margaret Mahler, para dar cuenta de una fase importante en la evolución de las relaciones entre madre e hijo, y para dar cuenta también del funcionamiento psíquico del niño psicótico. Se trata más de una polaridad que de una forma clínica particular, ya que para M. Mahler, la posición autística y la posición simbiótica se encuentran en muchos niños psicóticos. Sin embargo, un cierto número de caracteres clínicos permiten describir al menos una vía de entrada particular en la psicosis -incluso si es necesario constatar acto seguido que las evoluciones se entrecruzan y que hay muchos caracteres comunes

entre los niños de ambos grupos después de algunos años de evolución, siendo el autismo difícilmente distinguible de ciertas simbiosis simbióticas.

En sus formas más puras, estas psicosis se caracterizan por:

- un primer desarrollo relativamente normal o por lo menos satisfactorio para la madre,
- una regresión o una desorganización acaecida durante el segundo o tercer año, por lo general a consecuencia de un acontecimiento a veces mínimo, pero traumatizante. Puede tratarse de una separación, incluso breve, que sobreviene durante el segundo semestre del primer año, o de los dos años siguientes, de una enfermedad con dolores o sensaciones corporales inesperadas, o de variaciones del estado de consciencia o vigilancia, y a menudo de la combinación de ambas, es decir una enfermedad somática que exigió una hospitalización, con frecuencia vivida de forma dramática por los padres.

Los padres perciben de inmediato la transformación del estado psíquico. Esta se caracteriza por la pérdida de las adquisiciones anteriores, un aparente desinterés, a veces una impresionante hipotonía acompañada de una regresión motriz y la desaparición de elementos de comunicación preverbales o verbales. Sin embargo, lo que distingue a estos estados de los autismos, incluso secundarios, es la angustia del niño, particularmente intensa y catastrófica cuando la madre se separa de él. Mientras que el niño autista resulta, en este estadio, radicalmente indiferente a la presencia o a la ausencia de adultos, familiares o desconocidos, los niños que presentan una simbiosis simbiótica instauran una persona -por lo general, la madre- como objeto contrafóbico, y todo lo demás, sobre todo los seres humanos, resultan, de golpe, masivamente investidos como objetos fobógenos, a menudo poco diferenciados. El contraste entre estos dos comportamientos lleva a Margaret Mahler a considerar que se trata de regresiones a diferentes niveles. Se puede considerar que el recién nacido vive en un sistema cerrado comparable al universo del niño autista; el niño que, algunas semanas más tarde establece relaciones duales equilibradas con su madre, alcanza un nivel evolutivo comparable a un sistema simbiótico a partir del cual se desarrollarán los procesos de diferenciación. Es a este nivel estructural al que regresa, en el sistema de M. Mahler, el niño afectado de psicosis «simbiótica».

Este sistema explicativo, que volveremos a tratar con ocasión de la discusión psicopatológica, tiene como mérito el dar cuenta de variaciones en ambos cuadros clínicos, opuestos al comienzo, y del paso de una organización a otra, tal y como aparece en la práctica y como los trabajos de Margaret Mahler han evidenciado. Si la madre o el objeto contrafóbico instaurado falla, se produce un estado de repliegue que recuerda el autismo por la pérdida de comunicación y la mirada perdida. Se caracteriza sin embargo por su componente depresivo, con tristeza e inactividad; a esa edad, en cambio, los niños autistas son activos, a veces incluso agresivos, con indiferencia o en un estado de jubilación cuyos motivos resultan a menudo incomprensibles para los observadores. Antes vimos que los niños autistas, que han tomado en consideración a un padre, educador o terapeuta, se deprimen cuando se les separa de éstos; los mismos términos pueden entonces ser utilizados en la descripción de esta depresión.

Sin embargo, en su conjunto, los niños autistas están durante mucho tiempo más ocupados por un sistema que denominaremos interno y que nos resulta difícilmente comprensible. En apariencia, son frágiles y tal vez menos sensibles a las intervenciones exteriores que los niños «simbióticos». Si esta oposición se impone en un cierto número de casos contrastados, es mucho más indefinida para muchos de los casos intermedios, lo cual debe ser tenido en cuenta en cualquier discusión patogénica o etiológica. Es necesario preguntarse qué parte corresponde, en estas distinciones, a la reacción de la familia ya las de las instituciones terapéuticas. Al estudiar la historia de los padres, se advierte que las familias de unos y otros no han vivido el mismo drama, que tienen una historia diferente, pero también que no se han enfrentado al mismo niño, todo lo cual induce una evolución distinta en cada caso.

Si no se considera a priori el autismo infantil precoz y la psicosis «simbiótica» como dos enfermedades que sería importante distinguir, sino como dos polaridades en el conjunto de las psicosis infantiles, un signo clínico resulta interesante. Se refiere a la capacidad del niño para sacar provecho de una experiencia, es decir, confrontar el pasado reciente con los productos del automatismo de repetición y modificados mediante esta comparación. Margaret Mahler cita el caso de un niño que durante meses deja de andar tras una caída. Kubie e Israel (9) relatan la historia de otro niño que, habiendo comenzado a llorar tras una caída, no paró de llorar hasta volver a casa, gracias a lo cual prosiguió luego el paseo. Estas historias -a pesar de su contenido negativo- se oponen a la forma uniformemente jubilosa del niño mayor autista, aludido más arriba, que repetía las frases oídas al entrar en el despacho su psicoterapeuta, en un ritual de saludo que no parecía modificar en nada su funcionamiento mental.

¿Existen otros estados psicóticos del niño menor de cinco años capaces de reorganización, o de curación, ya sea espontáneamente o bien tras un tratamiento adecuado, o, cuando las condiciones son desfavorables, capaces de constituirse en psicosis infantiles duraderas?

Además de estas dos grandes vías de entrada en la psicosis, se constatan en el niño pequeño un cierto número de estados manifiestamente patológicos, estados que plantean problemas diagnósticos y terapéuticos difíciles. La solución más fácil consistiría en convertirlas en formas clínicas de los estados precedentes, pero esto resulta muy artificial y apenas aclara nada.

Las disfasias

Si se estudian sistemáticamente los niños en los que el lenguaje no aparece a la edad normal (4-Ajuriaguerra et al.; R. Diatkine en este mismo Tratado, cap. 44), aparecen dos polaridades en este grupo. A los niños que hablan tarde y mal, pero que han constituido un sistema objetal con atribuciones fijas y diferenciadas de valores a los objetos reconocidos, se oponen aquellos otros que tienen un sistema proyectivo particularmente activo, que transforma sin cesar las ligazones establecidas entre representaciones y afectos. Un estudio minucioso del lenguaje, aunque sea informe, de los primeros, demuestra que la comunicación está constituida, incluso si es de momento difícilmente comprensible para los demás, ya que existen las dos caras del signo lingüístico y que el campo no ético y el campo pático, para recoger los términos de Luis Prieto, están organizados en un sistema de oposición innegable, por muy rudimentario que parezca. Por el contrario, la debilidad de las elaboraciones secundarias, la incapacidad de organizarse en forma constructiva ante la frustración, conducen a considerar a los otros como indiscutiblemente psicóticos, estando su campo noético trastornado sin cesar por el juego directo del proceso primario.

A pesar de cierta analogía con los niños afectados de psicosis simbiótica descritos más arriba, hay que subrayar las diferencias cualitativas y cuantitativas. La historia relatada por los padres no es la misma: no se alude a ninguna ruptura. Por el contrario, las «buenas» relaciones parecen continuar, incluso cuando se ha confiado al niño a cuidadores de calidad dudosa, sin que por ello se haya manifestado ningún drama. ¿Es lícito hablar de «simbiosis» ante esta continuidad particular en las relaciones maternas? Una madre, cuyos hijos eran todos disfásicos, pero en formas diversas, se aferraba a ellos, manipulaba sin cesar sus cuerpos, su ropa, sus manos y sus pies, como si fuera incapaz de imaginar jamás lo que podía resultar más confortable para ellos. Respondía en su lugar cuando se intentaba entrar en contacto con ellos y no les dejaba espacio alguno para desarrollarse en forma independiente. Ella misma estaba muy ligada a su madre, ya mayor, y varias veces por semana la visitaba con sus tres hijos, alegando su buena suerte por tenerla aún con vida. El padre se mantenía a una curiosa distancia. Artesano, trabajaba en su

domicilio encerrado con una máquina muy ruidosa, y, taciturno por naturaleza, su lejana presencia aparecía ahogada en un estruendo mecánico. La agresión vehiculizada por el discurso de la madre y por su comportamiento era impresionante. Cada niño se organizaba a su manera en una defensa particular contra las experiencias mutilantes repetitivas provocadas por las intrusiones maternas.

De entre la fratría, el niño que parecía más psicótico fue capaz de iniciar algunos cambios. A partir de la expresión de fantasmas persecutorios, se puso en marcha una reorganización, con una redistribución diferente de los investimentos; el lenguaje se constituyó con relativa rapidez hacia los seis años, y pareció salir de este estado psicótico. Se transformó en un alumno con un ligero retraso escolar y con un carácter plácido bastante sorprendente. Si bien el psicoanálisis emprendido con este niño pareció jugar un papel en esta evolución, es necesario subrayar: 1) que la regresión no jugó un papel particular en este tratamiento, mientras que, por el contrario, la posibilidad de conformar y elaborar fantasías en las que se hallaban representadas persecuciones y agresiones tuvo un efecto ciertamente progresivo; 2) que otras evoluciones igualmente positivas se observan en niños no tratados; 3) que aún hoy se echan en falta informaciones suficientes acerca de la catamnesis de tales sujetos. En los esquizofrénicos adultos, se encuentran a menudo antecedentes de disarmonía evolutiva del mismo orden, sin que sea posible por ello evaluar correctamente, hoy en día, el riesgo que correrán estos niños cuando lleguen a la edad adulta.

La agitación

Al entrar en el parvulario, algunos niños padecen una agitación que dificulta su adaptación a este nuevo medio. Esta turbulencia ha intrigado durante mucho tiempo a los psiquiatras y a los psicólogos infantiles. Resulta impresionante ya en los primeros años de la vida, y es capaz de manifestarse hasta la adolescencia en contextos psicológicos distintos. A comienzos del siglo xx, se quiso ver en ella un trastorno fundamental, resultante de un defecto de maduración del sistema nervioso central. Wallon le dedicó un estudio que señala una fecha importante en la historia de la psicopatología infantil, y que ha orientado toda una serie de trabajos sobre la «inestabilidad psicomotriz». Esta misma búsqueda de un trastorno primario ha dado lugar a la aparición, en los últimos decenios, de un nuevo concepto, el síndrome hiperquinético. Este concepto ha tenido un gran auge en los países anglosajones. La hiperquinesia se calma mediante la administración de anfetaminas, y se atribuye su etiología a una disfunción cerebral mínima. Pero si se estudia de más cerca el funcionamiento mental de niños pequeños muy agitados, se descubren otros aspectos que justifican su discusión en el marco de las psicosis infantiles.

No siempre la agitación es constante: puede atenuarse o, por el contrario, ser más intensa en casa e incluso desaparecer en -ciertas circunstancias. Durante el examen, el aspecto maniaco de esta agitación aparece bien a menudo. El niño sigue sin dificultad al examinador, se comporta familiarmente con él, señala detalles mínimos de su persona o de su ropa, pasa de un tema a otro, de una actividad a otra e induce a menudo, según una cadena asociativa que puede parecer incoherente, el sentimiento desagradable de ser desvalorizado por el niño. Éste se muestra muy sensible a detalles pequeños, y este particular investimento de innumerables puntos del espacio que le rodea se aclara si se admite que es resultado del efecto de la identificación proyectiva (II).

Estos puntos representan para el niño partes malas de sí mismo, que él incluye en lo que le rodea y que es importante para él conservar en su poder, con el fin de evitar la persecución por parte de estos objetos que se convierten en terroríficos por su misma construcción. La desvalorización entraña una distanciamiento de los objetos tan pronto como son investidos, así como la necesidad de pasar al objeto siguiente, sin que se produzca por ello el menor trabajo elaborativo. En cada una de las breves etapas que marcan esta agitación, apenas hay modificación de la depresión interna ni de la necesidad de repetir las proyecciones. La descarga motriz deter-

mina algunos de los síntomas más ruidosos, que relegan a un segundo plano las disposiciones psíquicas más significativas: la imposibilidad de tomar en consideración el discurso del interlocutor y, sobre todo, el juego propuesto por el otro, así como la imposibilidad de incluirlo en su propio juego, aceptando las convenciones principales. El niño puede ser sensible a órdenes enérgicas, pero sólo juega a su manera, es decir, de forma maníaca.

Sería pues totalmente arbitrario no clasificar estos estados en el marco de las psicosis infantiles. Sin embargo su evolución general es muy variable. Las vías de entrada son diversas, aunque los datos anamnésicos sean a menudo imprecisos. Son frecuentes las malas condiciones de crianza: a veces la agitación aparece con una brusca reacción a una escolarización que coge al niño falto de preparación.

La exploración clínica repetida en forma espaciada muestra la diversidad de organizaciones que se ocultan tras un aspecto manifiesto idéntico. A veces, las defensas maníacas han eliminado cualquier huella positiva del examen precedente: el niño sigue igual de agitado, en el mejor de los casos rechaza seguir al examinador, que no había suscitado ningún temor durante la primera exploración. Pero, bastante a menudo, los sucesivos exámenes muestran que empieza a aparecer, oculto tras diversos signos, un investimento positivo: el niño muestra interés al encontrar de nuevo el lugar, busca los objetos en el sitio correcto y su familiaridad con el examinador se vuelve más pertinente. Esta distinción es significativa desde el punto de vista clínico. En efecto, se trata de saber si, tras las defensas maníacas, una fijación temible de la organización psíquica mantiene sin modificación alguna la depresión y la angustia, o si, protegida por estas defensas, sin manifestaciones externas, otra parte del yo es capaz de otro tipo de funcionamiento. En la primera eventualidad, resultan perfectamente verosímiles una evolución psicótica o una evolución deficitaria, por lo que deben ponerse en marcha rápidamente los medios terapéuticos adecuados; en el segundo caso, en cambio, lo más probable es una evolución espontánea favorable.

El fracaso de las organizaciones neuróticas y el polo psicótico de las disarmonías evolutivas

Existen además, en los primeros años de la vida, estados polimorfos cuya significación no es inmediatamente evidente. Puede tratarse de niños invadidos por síntomas considerados habitualmente como neuróticos, pero que fracasan en su objetivo. El ejemplo más típico es el desarrollo de fobias que no conducen a focalización alguna de la angustia, por lo que resulta indispensable la proximidad física del compañero contrafóbico, lo cual impide el desarrollo de lo que Winnicott llamaba «la capacidad del niño para quedarse solo en presencia de su madre». El examen suele mostrar la ineficacia de los procesos de ligazón y de simbolización como procesos de defensa. Los procesos defensivos más primitivos (proyección, introyección, desplazamientos repetidos sin cesar) reorganizan las representaciones del niño. Estos estados justifican la utilización del concepto de prepsicosis.

El recurso a procesos primarios para mantener el equilibrio placer-displacer se encuentra en el examen clínico de numerosos niños disarmónicos que presentan riesgos de evolución hacia un estado deficitario. Esta constatación muestra que la oposición entre disarmonía evolutiva y psicosis debe ser considerada de una forma más cuantitativa que cualitativa. Tal punto de vista se ve confirmado por la asombrosa capacidad de los adolescentes deficitarios para volver a iniciarse en funcionamientos psicóticos en cuanto uno deja de dirigirse a ellos desde el punto de vista de la deficiencia. Hay que citar aquí los trabajos fundamentales de R. Mises sobre las disarmonías evolutivas y el interesante estudio de Jean-Louis Lang acerca de las fronteras de las psicosis infantiles.

Las psicosis del niño mayor y del preadolescente

Entre la edad de comienzo de la escolaridad elemental y las transformaciones físicas de la pubertad, las psicosis infantiles pueden dividirse en dos grupos cuyos límites son bastante claros.

El primer grupo está constituido por los niños afectados de psicosis precoces. Se ha descrito su evolución más arriba.

El segundo grupo incluye los estados psicóticos evidentes que acaecen en niños que no han causado ninguna preocupación a su entorno en los primeros años de vida, o que han presentado dificultades cuya significación no resultaba evidente (dificultades del sueño, disfasias, trastornos alimenticios, entre otros).

La sistematización de los síntomas es difícil, y la utilización de una tabla semiológica trasplantada de la psiquiatría descriptiva o fenómeno lógica de los adultos se revela a menudo inadecuada. Sin embargo, es para estos niños para quienes se han utilizado los términos de demencia precocísima (Sancte de Sanctis) o de esquizofrenia infantil (L. Bender, Louise Despert). Los términos de repliegue, trastornos de comportamiento, ansiosas o psicomotoras no resultan muy adecuados y no ayudan en nada a quienes deben cuidar o simplemente soportar a tales niños. Todo lo más, justifican la prescripción de medicamentos cuyas indicaciones deben ser discutidas con el mayor cuidado.

Un solo síntoma es común a las psicosis del niño y las del adulto, las alucinaciones. Su frecuencia es difícil de apreciar, ya que parece variar según la población y los modos de atención. L. Eisenberg, citado en el *Manual de psiquiatría infantil* de J. de Ajuriaguerra, señala una fuerte incidencia de alucinaciones a partir de los ocho años, en los niños psicóticos hospitalizados en su servicio. En nuestra casuística personal, los casos son raros y no superan algunas unidades. Las situaciones en que han aparecido las alucinaciones son muy diversas. Una niña de cinco años, cuyo primer desarrollo había sido muy satisfactorio y que había hablado desde muy temprano, presentaba alucinaciones auditivoverbales manifiestas. En su observación, no había nada comparable con la historia de un niño de once años cuyos primeros sueños se habían desarrollado en condiciones particularmente desfavorables, en un ambiente marginalizado. El niño, mediante un cuestionamiento incesante, hacía la vida imposible a la gente que le rodeaba. Soportaba cada vez peor sus reacciones, lo que provocó en un primer tiempo un estado depresivo y ansioso bastante impresionante, y después la aparición de alucinaciones auditivas y probablemente visuales, exteriorización del malestar precedente.

Fuera de este síntoma familiar para los psiquiatras de adultos, es necesario elegir indicios diferentes para describir las psicosis del niño. Las rarezas en el comportamiento, el aislamiento, las fobias o rituales particulares, el delirio o los juegos atípicos no dan buena cuenta de lo que es específico y común bajo un aparente polimorfismo.

Los niños pueden ser inteligentes, su lenguaje suele estar bien desarrollado, utilizan en apariencia el mismo sistema simbólico que los demás, pero, innegablemente, son diferentes. Esta particularidad puede complacer a ciertos padres, y no hay que extrañarse por ello ya que a menudo consiste en un desarrollo de intereses inhabituales en niños de la misma edad. En otras ocasiones, les angustia, y ambas posiciones no son incompatibles. Los compañeros de clase perciben bien la diferencia, ya sea porque el niño psicótico no se interesa por ellos y se aísla, ya sea al contrario porque se muestra demasiado solícito. En este último caso, se trata del inocente que se hace proteger o perseguir, según las circunstancias. Con frecuencia, esta singularidad procede de un investimento particular de las representaciones, de los pensamientos o de las palabras. Todo ocurre como si ciertos productos conscientes de la actividad psíquica constituyeran el objeto principal del interés del niño. Puede que sea para acceder a la posesión de objetos fantasmáticos, y en este caso los demás niños y las personas mayores tan sólo intervienen secundariamente, como medios de ayuda complementaria, o como molestia. Pero puede también

ser un instrumento que permite seducir a los compañeros y a las otras personas de su entorno.

Los adultos se muestran desconcertados ante este investimento particular de los contenidos conscientes. Sus categorías habituales fallan. ¿Se trata de un juego? Muchos niños en el período de latencia se sumergen en fantasías que pueden transformarse en verdaderos juegos proseguidos día tras día. Pero estos juegos -de los que las aventuras de Snoopy aviador <son una buena ilustración- cesan en cuanto se molesta al niño. La actividad particular de los niños psicóticos no conoce límites temporales ni espaciales, e interfiere en su vida cotidiana. Un niño vivía desde hacía meses una aventura imaginaria inspirada por una lectura de Tintín y por la actualidad política del momento. Un día, rechazó hablar con un primer psiquiatra, porque le había atribuido un papel en su novela de espionaje. Otra vez, atravesó, a rastras, el patio del hospital para escapar a las miradas de personajes con caras tapadas (efectivamente, salían del servicio de cirugía maxilofacial). ¿Se trata de un delirio sistematizado? Tampoco, pues el niño afirmaba ser el autor de estas actividades imaginarias y se sentía orgulloso de su autoría. El término «mentar» nos parece a veces adecuado (III). Un niño psicótico había reconstruido, con gran exactitud, el horario de determinados autobuses parisinos, y les daba mentalmente la señal de salida. Se sentía muy decepcionado cuando los padres o los profesores le distraían de esta actividad: triste, pero no angustiado. Esta mentalización no es compulsiva, y no se encuentra en ella ninguna huella del retorno de lo reprimido.

En un grado superior, algunos niños psicóticos parecen superdotados, al estar la actividad mental así investida socialmente valorada: hay niños que leen a los dos años, músicos o matemáticos prodigio, etc. La triste evolución de estas aptitudes muy precoces muestra bien a las claras que las particularidades del psiquismo de estos niños son cualitativas y no cuantitativas, como habría podido esperarse.

El carácter común de estas actividades psíquicas es la confusión entre dos formas de producción mental, cuya oposición es fundamental. Muy temprano, un niño es capaz de distinguir el objeto deseado del objeto percibido, si bien la percepción no es al principio más que una desviación de la alucinación primitiva. Si un objeto es percibido, es porque constituye el receptáculo de la identificación proyectiva, pero la experiencia del niño pequeño le permite distinguir entre objetos valorados cuya presencia o ausencia no depende totalmente de él, y objetos del mundo imaginario, producto de su propio funcionamiento psíquico. La oposición entre el adentro y el afuera (del aparato psíquico) nace de esta distinción, lo que equivale a oponer principio de placer y principio de realidad, según una de las definiciones fundamentales del psicoanálisis (Freud, «Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento mental»). Hay que admitir sin embargo que esta oposición está lejos de ser absoluta y rígida. El descubrimiento, la invención, la creación artística y las relaciones amorosas necesitan de la ilusión, zona en la que, justamente, se borra la frontera entre el adentro y el afuera.

Mediante la introducción de un nuevo punto de vista sobre el juego con el concepto de objeto transicional (IIII), Winnicott precisa que, en cuanto a este objeto, no se plantea la cuestión de si es externo o interno.

Para los niños psicóticos, el juego escapa en gran parte a la definición de actividades transicionales. Estas, por lo común, están investidas de forma refractada. No necesitan ningún esfuerzo, ninguna táctica de apropiación, y de ahí la importancia de la constancia de la apariencia física del objeto transicional y de la repetición de gestos y actitudes del sujeto. A decir verdad, todo esto falta en los «juegos» de los niños psicóticos, y podría decirse que carecen totalmente de actividades transicionales. Hay un solo punto común y, sin embargo, esencial: en lo que se refiere a estas actividades hiperinvestidas y tomadas muy en serio, la cuestión de saber si se trata de un producto imaginario o no, de un objeto interno o externo, no tiene sentido alguno para el sujeto. En esto se encuentran funcionalmente muy próximas a las alucinaciones y al delirio del adulto, a

pesar de las diferencias fenomenológicas que impiden utilizar en forma pertinente estas mismas palabras.

Desde el mismo punto de vista, la función del símbolo es en estos niños particular. En la historia de espionaje antes citada, la simbolización era tan rica como inoperante; los símbolos fálicos y las representaciones simbólicas de la bisexualidad provocaban la más viva excitación sexual o eran repetidas como obscenidades insoportables. Durante la cura psicoanalítica, la dificultad del sujeto para elaborar habría podido servir de ilustración a las teorías de Hanna Segal sobre la ecuación simbólica (IV). Remite a los particulares avatares del clivaje (escisión) en estos pacientes.

Esta distribución peculiar de los investimentos contribuye indiscutiblemente a apartar los afectos desagradables así como a una transformación de los brotes pulsionales cuya equivalencia con la represión secundaria plantea problemas muy difíciles a la hora de emprender, con estos niños, una cura psicoanalítica. Si bien este dispositivo tiene un valor regulador, comparable a las formaciones reactivas de los pacientes neuróticos, su eficacia suele ser mediocre. La angustia aparece a menudo, no ligada u organizada en fobias, difusas y atípicas en la mayor parte de los casos, y hay zonas de inhibición más o menos amplias que traban el conjunto de la actividad psíquica.

Formas particulares de psicosis infantiles tardías

Las inhibiciones y las formas aisladas de ansiedad psicótica

Algunas psicosis infantiles se manifiestan largo tiempo mediante inhibiciones aisladas, a menudo espectaculares.

Entre las formas de inhibición más comunes, hay que citar:

- El mutismo psicótico, que no se debe confundir con los trastornos de la organización del lenguaje de las psicosis precoces. El mutismo psicógeno ha marcado una etapa importante en la historia del psicoanálisis infantil en Francia, puesto que fue objeto de la comunicación princeps de Sophie Morgenstern. En esa época la analogía con los mutismos histéricos parecía evidente, y Sophie Morgenstern pensó que el niño curado de su síntoma, gracias a la expresión de su angustia de castración, no planteaba problemas. Poco a poco, se advirtió el carácter particular de estas inhibiciones; el rechazo de comunicar estaba trabado en un sistema de investimento masivo que transformaba radicalmente la relación del niño con el otro en el plano consciente. Si bien el mutismo se presenta a veces aislado, en un sistema de repliegue cuya significación debe ser elucidada - ¿inhibición neurótica o psicótica?, aparece a veces en una organización psicótica evidente. Una niña pequeña preocupaba a su familia por su inadaptación escolar, su rechazo de cualquier obligación y sus grandes cóleras, que desencadenaban las inevitables frustraciones de la vida familiar. Pronto, sus comunicaciones verbales se empobrecieron. No hablaba más que a algunas personas, y daba nombres en código a miembros de su familia. Después se volvió absolutamente muda. No volvió a hallar el uso de la palabra más que en el transcurso de una psicoterapia analítica, pero continuó buscando códigos complicados, en forma de retruécanos aproximativos, para no designar a las personas por su nombre, ni designarse ella misma por el pronombre «yo» ni por su nombre.

- Algunas formas de torpeza se presentan también en estos niños, ya sea como malestar difuso en todo el cuerpo, como una actitud torpe o incluso extraña, o como una torpeza particularmente espectacular en los movimientos finos de manos y dedos. Resultó tentador ver en las dispraxias un trastorno primario que daba cuenta de la disarmonía psíquica. Se organizan en un conjunto de inhibiciones, de malestar corporal y de reacciones catastróficas. El cuerpo aparece entonces como el representante simbólico de los límites del yo.

- Algunas manifestaciones directas de angustia o de depresión del niño mayor deben ser consideradas psicóticas, a causa de la ineficacia dinámica y económica de los procesos secundarios. A veces, la angustia parece organizarse en fobias. Contrariamente a las fobias banales del niño, éstas tan sólo permiten una muy débil focalización de la angustia y entrañan grandes limitaciones en la actividad. La angustia de los niños psicóticos conlleva a veces impresionantes alteraciones de la voz; su tonalidad se vuelve siniestra o quejosa, lo que señala la invasión del discurso por afectos incontrolados.

- La inhibición intelectual es en ocasiones el único signo en llamar la atención de los padres o de los maestros sobre estos niños, cuyo funcionamiento psicótico aparece, durante la exploración, en la incapacidad de otorgar un sentido a las representaciones, en el juego o en el dibujo. Con cada incremento de la tensión, los personajes y los demás elementos simbólicos utilizados cambian de cualidad (amigo, enemigo, buenos o malos) pero también de identidad. Confrontados con una tarea intelectual, trabajan del mismo modo, o bien modificando sin cesar el valor de las representaciones, o bien invistiendo negativamente los productos de su reflexión. Esta elaboración permanente, durante la cual proyección, introyección, desplazamiento y escisión no dejan ninguna atribución de sentido suficientemente ligada, impide la aplicación a estos niños de ningún test que intente establecer su cociente intelectual o determinar un nivel de operatividad. Por el contrario, si se trata de comprender las estrategias del niño, la situación de examen proporciona datos preciosos. A un primer nivel, el niño puede rechazar globalmente jugar con lo que se le propone. Cuando acepta, en apariencia, las cuestiones o las pruebas relativamente gratuitas que le son propuestas, a menudo les atribuye un sentido personal gracias a la puesta en marcha de procesos de identificación proyectiva. Se debe a L. Bender el ejemplo más sorprendente de esto. Propuso a los niños la reproducción de figuras geométricas. Éstas sólo interesan al niño psicótico si puede transformadas en figuras significativas en su propio sistema fantasmático, lo cual disminuiría evidentemente en forma desastrosa su rendimiento, si se evaluara en relación con los resultados de la misma edad. Pero el mismo proceso puede ser detectado en todos los tests de inteligencia. Las hipótesis del niño son inmediatamente sobreinvertidas en forma conflictiva. La necesidad de disminuir las tensiones así provocadas conduce a estrategias particulares, a veces muy inteligentes, pero muy alejadas de los senderos clásicos. El examinador ocupa un lugar importante en el sistema del niño, quien suele evitar agredirle por procedimientos de soslayo bastante fastidiosos para el resultado final de la prueba.

Estas actitudes ante los tests constituyen una buena muestra de las dificultades intelectuales de estos niños en situación escolar. La utilización de conceptos matemáticos es a veces imposible, ya que suponen un valor constante, al cual se opone la permanente ruptura de los investimentos ligados. La actividad metalingüística (ortografía, gramática) está sometida a las mismas contradicciones. Por el contrario, un sobreinvertimiento de las palabras y de los conceptos conduce a veces a una estabilización excesiva que transforma los representantes de objetos en objetos directamente investidos. El niño vive entonces en un mundo constituido por significantes. Ya se ha mencionado el peculiar investimento de las matemáticas en las formas de salida del autismo, pero existen psicóticos capaces de realizar cálculos prodigiosos, y cuya anomalía psíquica apareció tardíamente.

L. Bender (10) y J. L. Despert (11) utilizaron el concepto de esquizofrenia infantil desde el comienzo de las primeras investigaciones sobre las psicosis infantiles, y, en este contexto, Kanner utilizó el término de autismo para describir un trastorno primario del desarrollo.

La posición comportamentalista que predomina actualmente en los países anglosajones ha reintroducido este concepto, definido en términos de conductas y de adaptación, y tomando de Chomsky el concepto de competencia (12-Garmezy). Este término designa la capacidad del sujeto para adquirir aptitudes cognitivas, lingüísticas o sociales, permaneciendo la adquisición sometida a las condiciones de vida o del entorno del sujeto. Con este aparato teórico, Goldfarb (13) describe

la evolución de un grupo de 46 niños considerados como esquizofrénicos e internados en una institución en su séptimo año.

Se trata por supuesto de una aproximación muy diferente de la que hemos descrito en este capítulo. El déficit de competencia, deducido experimentalmente del análisis de resultados de diversos tests, no se debe confundir con la incapacidad de realizar sus propios deseos, soportando a la vez las exigencias exteriores, incapacidad que se halla también en las psicosis infantiles, cualquiera que sea su forma, y haya o no una pseudoadaptación gracias al desarrollo excesivo del «falso self». Sin embargo, el concepto de competencia permite circunscribir, desde otro punto de vista, el mismo objeto de conocimiento.

El problema de los estados límite en el niño (VI)

Las páginas precedentes tratan de los niños cuya organización psicótica es obvia para cualquier especialista con experiencia, incluso si a veces se hallan en niños mucho menos gravemente atípicos, inhibiciones o formas de descarga o de angustia bastante cercanas. Pero al plantear el diagnóstico de psicosis infantil basado en el equilibrio entre los diversos procesos psíquicos tal y como se manifiestan durante la exploración, el clínico se enfrenta a ciertas dificultades a la hora de señalar los límites de las psicosis. Muchos de los niños que acuden a la consulta del psiquiatra infantil se caracterizan por un funcionamiento mental irregular, procesos de ligazón que permiten primero una cierta elaboración de la angustia, pero que ceden en un segundo tiempo, barridos por la irrupción de procesos defensivos que incluyen las desligazones más desorganizantes. Son niños a menudo criados en malas condiciones, y que han conocido separaciones y frustraciones materiales. Preocupan a su entorno a causa de su comportamiento agitado, sus actuaciones agresivas y su fracaso escolar.

Las conclusiones de la exploración clínica permiten no confundir tales niños con los que están organizados en una dimensión neurótica, sin que por ello resulte razonable considerarlos como psicóticos. Ningún clínico atento puede ignorar la importancia de la depresión mal elaborada que subyace a su funcionamiento mental. Otra dimensión importante consiste en su dificultad para organizar mentalmente su propia continuidad en el tiempo. Estos niños no parecen tener historia: ni pasado (lo cual contrasta violentamente con su biografía, a menudo accidentada) ni porvenir. Esta triste particularidad les acerca indiscutiblemente a los niños psicóticos que parecen escapar a toda experiencia. Constituye un hilo conductor importante en la intervención terapéutica imaginable para ellos.

D. Marcelli (14) ha dedicado recientemente un estudio muy interesante a estos niños. Inspirándose en los trabajos de Kernberg sobre el papel de la escisión en el desarrollo, muestra con gran viveza las particularidades de la escisión actuantes en su psiquismo. «El objeto y el yo están globalmente constituidos, pero al precio de una distanciamiento entre buenas y malas imágenes del self y del objeto.» En esta concepción, las únicas relaciones objetales posibles son relaciones entre fragmentos de objeto y fragmentos del yo, fórmula que sin duda se presta a discusión.

Resulta difícil clasificar a tales niños. Su porvenir no está claramente trazado, porque además las malas condiciones en que viven continúan pesando sobre su destino. Algunos se estabilizan gracias a la progresiva limitación de sus actividades mentales y la evolución hacia la deficiencia. Por eso se puede considerar que forman parte de las disarmonías evolutivas descritas por Roger Mises (véase cap. 53, dedicado a la deficiencia en este Tratado). Pero la eventualidad de una desorganización de las ligazones secundarias no está descartada del todo, con posible aparición de un episodio delirante. Otras evoluciones no deseables son frecuentes con o sin evolución deficitaria: diversas sociopatías, depresión crónica, etilismo. Una transformación en esquizofrenia sucede a veces a una fase de reactivación relativa de los investimentos secundarios.

Se han utilizado los términos de estado límite y de prepsicosis a propósito de estos niños. El primero está calcado de la psiquiatría de adultos. Tan sólo es válido desde un punto de vista estrictamente sincrónico, puesto que tales organizaciones son inestables y no pueden sino transformarse en la adolescencia y la edad adulta. El término de prepsicosis (Lebovici y Diatkine) es a decir verdad ambiguo, pues puede ser tomado en dos sentidos: o bien como si se tratara de un estado próximo a la psicosis, o bien como si significara que existe el riesgo de una transformación ulterior en psicosis confirmada.

Evolución en la edad adulta de los niños que han presentado una psicosis infantil

La descripción de los sujetos afectados de psicosis infantiles y que han llegado a ser adolescentes o adultos, conlleva un nuevo agrupamiento en función de la importancia de la evolución deficitaria del paciente o de su incapacidad para organizar su propia existencia.

Un primer grupo incluye tanto a los niños autistas que no han adquirido una utilización social del lenguaje, como a todos aquéllos cada vez más obstaculizados por inhibiciones psicóticas masivas. Su aspecto deficitario se ve más o menos acentuado por demandas sociales ineluctables pero que carecen de cualquier sentido para ellos. Las transformaciones de la pubertad afectan poco a su comportamiento y a veces no modifican apenas sus prácticas masturbatorias. La estancia prolongada de estos pacientes en hospitales psiquiátricos les plantea problemas difíciles a los equipos terapéuticos. El autismo provoca a menudo falta de sollicitación y de estimulación, lo que determina el desarrollo de conductas automutiladoras a veces impresionantes, cuando estos pacientes se convierten en adolescentes o adultos (15-A. Eberentz et al.; 16-G. Poussin).

Algunos permanecen largo tiempo con sus familias, que logran equilibrarse en torno a ellos. De cualquier manera, estos sujetos sólo pueden vivir gracias a la asistencia de sus familias, mientras los padres puedan asumir esta tarea, o de instituciones, organizadas a menudo por asociaciones de padres, hospitales psiquiátricos u otros lugares de acogida.

Un segundo grupo incluye las psicosis precoces que han evolucionado más favorablemente (en particular, con adquisición del lenguaje) y las psicosis de aparición tardía. Aunque sea habitual considerar inaplicables, a este grupo, los términos de fase de latencia o de adolescencia, en su psiquismo se llevan a cabo un cierto número de transformaciones que por lo general no suelen abrir realmente nuevas posibilidades: el placer de desear no permite, en la adolescencia, una actualización controlable de la sexualidad infantil.

A veces la preadolescencia resulta menos accidentada que la fase anterior, y es posible negociar una readaptación escolar relativa. Por desgracia, es más frecuente que se trate de un equilibrio precario que no resiste ni a la emergencia de deseos sexuales, ni a la necesidad de transigir con el ideal del yo para aceptar una actividad profesional que conduce al sujeto a asumir su destino en un planteamiento desarrollado a lo largo del tiempo.

La salida de esa campana de protección que es la escuela, y la necesidad de someterse a un deseo ajeno orientado hacia objetivos anexos (adaptación familiar y escolar) conduce a menudo a enfrentamientos en los que el sujeto resulta siempre perdedor. Ante la herida que este fracaso comporta, las reacciones son variables. Algunos pacientes organizan un delirio, a pesar de lo cual no se asemejan más que muy remotamente a los esquizofrénicos cuya psicosis se hace patente más tarde. Las diferencias residen en su aspecto menos disociado, su mayor ingenuidad, una cierta egosintonía con sus síntomas, y a veces el carácter más suave de su angustia.

Otros sujetos vuelven, más simplemente, a sus anteriores actitudes, cada vez más desinsertadas de su finalidad primitiva, con un matiz depresivo que no puede dejar indiferente al clínico.

Tal fue el caso de un paciente que, al salir del autismo, había adquirido el lenguaje y había logrado integrarse en una escolaridad lenta hasta finalizar los estudios secundarios y entrar así en

una escuela privada de diseño industrial. Durante todo este período, resultó llamativo, primero, su interés preferente por los mapas geográficos, y luego su pasión por los países fríos, el norte canadiense o siberiano. Terminados sus estudios técnicos, un feliz azar permitió que fuera admitido en una importante empresa industrial... en la cuota reservada para minusválidos. Provisionalmente satisfecho en el plano profesional, estaba muy triste por vivir solo y se sentía rechazado por todos sus compañeros de trabajo, para los que era la cabeza de turco. Les pedía a los psiquiatras, no que le trataran, sino que le presentaran chicas. Al cabo de algunos años, no soportó más las bromas y las agresiones a menudo brutales de los otros compañeros y la ausencia de toda promoción le resultó particularmente injusta. A consecuencia de una discusión con un colega, fue despedido y se benefició de una pensión de invalidez. Continuó buscando un trabajo y una mujer, y proyectando viajes al Polo Norte (a donde, por otro lado, había ido de vacaciones varias veces).

Como se ha dicho antes, es probable que otras circunstancias, más favorables, permitan a pacientes similares una vida social aparentemente más satisfactoria. Pero ningún equipo psiquiátrico tendría nunca la pretensión de organizar su destino.

PSICOPATOLOGÍA DE LAS PSICOSIS INFANTILES

Un estudio psicopatológico de las psicosis infantiles debe constituir la primera etapa de cualquier investigación etiológica, aunque no sea más que para definir su objeto. ¿Constituye el extremo polimorfismo clínico la prueba de que es necesario buscar procesos diferentes cuyo descubrimiento llevaría a un desmembramiento del grupo de las psicosis infantiles? ¿Existe, por el contrario, un cierto número de cualidades comunes a las diversas formas clínicas, lo cual indicaría la existencia de factores comunes cuyos determinismos sería necesario comprender?

Sea lo que sea, la aproximación psicopatológica, que hoy resulta esencialmente psicoanalítica, no necesita de ninguna opción psicogenética. La epigénesis de las psicosis infantiles implica el complicado encuentro de un organismo en formación y de un ambiente dado, lo cual no excluye el estudio de ninguna particularidad significativa de este organismo.

Los puntos de vista psicoanalíticos acerca de las psicosis infantiles

Entre los trabajos de los psicoanalistas que más han contribuido al conocimiento de las psicosis infantiles, hay que citar primero los de Margaret Mahler y D. W. Winnicott, y luego los de los psicoanalistas de la escuela de Melanie Klein, como Frances Tustin y D. Meltzer, que han iluminado con originalidad este problema difícil. Todos estos trabajos son producto de una elaboración a partir de tratamientos psicoanalíticos que han resultado siempre muy ricos en enseñanzas para la psicopatología psicoanalítica en general, incluso cuando los resultados de las curas eran, en su conjunto, decepcionantes.

La teoría psicoanalítica se ha construido al deducir retrospectivamente las sucesivas fases del desarrollo normal a partir de análisis de diversos funcionamientos psíquicos más evolucionados. La psicopatología proporciona tipos esquemáticos de casos que permiten representarse con claridad las estructuras iniciales, que constituyen modos de elaboración primitivos, pero seguros. Se trata entonces de puntos de fijación hacia los que regresa parte o todo el psiquismo.

El estudio de las psicosis infantiles condujo a Margaret Mahler (VII) a concebir en el desarrollo normal una fase inicial autística y luego una fase de simbiosis durante la cual se desarrollan los procesos de individuación. Esta forma de ver las cosas tiene la ventaja de explicar la bipolaridad autismo/simbiosis en la cual oscilan largo tiempo los niños psicóticos.

Aproximadamente en la misma época, los trabajos de D. W. Winnicott (VIII) aportan una nueva visión del concepto de psicosis en el niño. En un artículo de 1952 titulado «Psicosis y cuidados maternos», muestra que: 1. «El desarrollo afectivo en los estadios primitivos (...) afecta a fenómenos totalmente análogos a los que aparecen en la esquizofrenia adulta, en los estados esquizoides en general y a las defensas organizadas contra la confusión y la no-integración.» Esta posición recoge una de las aportaciones teóricas fundamentales de Melanie Klein acerca de la posición esquizoparanoide, pero es el punto de partida de una reflexión absolutamente personal sobre el componente psicótico del desarrollo «normal» y sobre la interacción del bebé con su entorno. 2. Lo importante es la capacidad del bebé para vivir la depresión, lo cual continúa en la línea de las posiciones de Melanie Klein. Esta capacidad está determinada por las experiencias anteriores, y es en este punto donde Winnicott realiza sus aportaciones más originales. Mientras que Melanie Klein se sitúa en un plano estrictamente psicoanalítico y parte del material recogido en psicoanálisis de niños mayores y de adultos, al estudiar las particularidades de la posición esquizoparanoide, de la escisión y de la identificación proyectiva, Winnicott, desde su punto de vista de pediatra, aborda al bebé en su relación con su madre. Es en función de la ilusión materna como el bebé sale de su aislamiento y acepta o no el entorno. La «preocupación maternal primaria» conduce a una adaptación activa del entorno a las necesidades del niño y su fallo provoca un repliegue del psiquismo, respuesta de reacción a la invasión. La ilusión maternal conduce a la constitución de objetos transicionales «primera posesión del bebé». El concepto de objeto transicional sirve de hilo conductor al pensamiento de Winnicott y a menudo ha constituido luego una referencia para los estudios sobre las psicosis (véase en particular 17-Geissmann et al., 1978) si se deja de lado el aspecto maternal del objeto familiar para el niño, que ha servido como punto de partida, la teoría de Winnicott permite captar en qué condiciones la reacción alucinatoria del deseo sufre o no, en su encuentro con los fantasmas de la madre, las transformaciones que alejan al psiquismo del bebé de la organización psicótica.

Frances Tustin, psicoanalista de la escuela de Melanie Klein, realizó sus primeros trabajos sobre el autismo al mismo tiempo que Margaret Mahler y Winnicott, y constata, en un segundo tiempo la convergencia de sus comentarios. Se ha dedicado también a estudiar la depresión psicótica, a partir del fantasma del agujero negro, que asocia la pérdida del seno materno y de una parte de la boca del niño. Como Winnicott, subraya la ilusión cruzada del bebé, para quien el pezón forma parte de sí mismo, y de la madre, para quien el bebé es igualmente parte de ella misma. El descubrimiento de que no es así constituye un momento crucial, que no puede ser soportado por el niño como no sea gracias al «holding» maternal. Este concepto significa, a la vez, soporte y protección, y constituye un sistema que protege de las excitaciones exteriores (paraexcitaciones). Sólo con esta condición, la pérdida del pecho puede ser compensada por la producción mental del bebé, y es precisamente eso lo que falta en los niños autistas. El pezón perdido se convierte en el agujero negro de la depresión desorganizante, lo que tiene como consecuencia tanto la aparición de fenómenos como los que Frances Tustin denomina «arena» (es decir, la impresión de tener algo seco en la boca) como el fenómeno de la segunda piel, cuya descripción está inspirada por el trabajo de Esther Bick (18). Se trata de niños que intentan «contenerse en un modelo muscular y se fabrican una segunda piel para sustituir el continente apropiado que constituye su propia piel». Complemento de esta difícil limitación es la constitución de objetos autísticos, que pueden ser tanto partes del cuerpo del niño, como partes del mundo exterior vividas por el niño como pertenecientes a su propio cuerpo.

Donald Meltzer (19) publicó en 1975 una obra colectiva de un grupo de psicoanalistas kleinianos que trataban niños autistas y discutían con él estos tratamientos. Distingue claramente el estado autístico del estado mental postautístico. El estado mental autístico se caracteriza en particular por la supresión temporal del reconocimiento del transcurso del tiempo. Los niños autistas viven «acontecimientos sucesivos, que no constituyen experiencias». Los acontecimientos

son discontinuos, imposibles de ligar y por consiguiente inadecuados para ser memorizados. Meltzer relaciona esta discontinuidad con un proceso de desmantelamiento, que debe diferenciarse del proceso de escisión que suele organizar las primeras contradicciones psíquicas. El niño autista «puede dejar pasivamente que su organización mental se caiga en pedazos. Parece seguro que no resulta de esta especie de repliegue del mundo ninguna angustia persecutoria, ni ninguna desesperanza, ya que no se emprende violencia alguna contra ningún self ni ningún objeto». Meltzer utiliza en esta línea el concepto de atención, como fuerza que permite a los «pedazos» permanecer cohesionados o volver a hallar su coherencia. Este concepto, aparentemente tomado de la psicología tradicional, adquiere todo su sentido cuando Meltzer escribe: «Es necesario que el terapeuta sea capaz de movilizar la atención del niño, suspendida en el estado autístico, para llevarle al contacto transferencial.» Al preguntarse acerca del origen de estas variaciones de la «atención», Meltzer se expresa de este modo: «Es el seno maternal, como objeto de alto atractivo consensual, el que reagrupa el self desmantelado al forzar, incluso se podría decir al requisar la atención.» Al igual que todos los psicoanalistas que se han ocupado de niños autistas, Meltzer subraya su incapacidad para diferenciar el exterior y el interior de su propio aparato psíquico -self- así como de los objetos, lo que conduce a la imposibilidad de organizar el proceso de identificación proyectiva. El uso del objeto maternal (o del objeto de transferencia maternal) como una simple extensión del self deriva de esta imposibilidad.

El desmantelamiento impide también la construcción de una comunicación fantasmática entre lo que Meltzer denomina, sin embargo, objetos. Es decir que, en el fantasma del niño autista, padre y madre no son perceptibles el uno para el otro: «Pasarán la noche del descontento del niño completamente separados en su mente.»

Así pues, los estados postautísticos se caracterizan durante largo tiempo por la bidimensionalidad, es decir por una comunicación de superficie (volvemos a encontrar el «yo-piel» de Esther Bick), y por la identificación adhesiva, que hay que distinguir de la identificación proyectiva, esencialmente tridimensional.

Al resumir de esta forma las opiniones de Tustin y Meltzer, nos vemos obligados a empobrecerlas, sobre todo porque desembocan en desarrollos que afectan a cualquier teoría general del psicoanálisis.

Se impone ahora un comentario. Como se ha dicho antes en la descripción clínica de las psicosis infantiles precoces, resulta muy difícil imaginar qué es lo que viven estos niños, en particular los autistas. Un psicoanalista de niños -como todo psicoterapeuta de niños, a no ser que se sitúe en el estricto registro del comportamiento- debe reconstruir sin cesar tanto el inconsciente de su paciente, como sus pensamientos de representaciones conscientes, que el sujeto le ofrece con mucha parsimonia. En este último registro, el psicoterapeuta utiliza su experiencia y sobre todo sus propios recuerdos infantiles, para imaginar lo que el niño en tratamiento puede pensar en tan insólita situación. Ante un niño autista, no sólo los parámetros utilizados por el sujeto son diferentes de los del terapeuta, sino que los recuerdos, si es que existen, se sitúan en un registro totalmente distinto. Por ello debemos ser prudentes cada vez que describimos lo que el niño psicótico «siente».

La mayor parte de los estudios psicoanalíticos parten del principio según el cual un cierto modelo de desarrollo es natural en el ser humano. Buscan entonces las causas de la desviación bajo la forma de agentes de agresión o bajo la forma de carencia. Freud no se desmarca claramente de esta forma de razonamiento, aun cuando aporta elementos para concebir las cosas de otra manera. A partir de la hipótesis de la dualidad de los instintos, identificables en todos los niveles de organización de la vida, Melanie Klein construyó su sistema teórico al postular la existencia de objetos fantasmáticos desde el nacimiento, siendo los conceptos de objeto y de pulsión inseparables, y es a partir de estos postulados como Winnicott y Tustin reconstruyen las relaciones iniciales del bebé, autista o no, con el pezón en tanto que objeto que le pertenece o no.

Igualmente, la teoría del desmantelamiento de Meltzer supone que en un comienzo existe esta atención capaz de ligar las partes listas para dislocarse.

Margaret Mahler utiliza el modelo evolutivo normal cuando describe, como hace también Frances Tustin, una fase de autismo en el desarrollo normal, y cuando infiere seguidamente una fase de simbiosis individualizada a partir del análisis de niños psicóticos.

Pero es posible abordar este problema de otra forma.

Al tratar a niños autistas cuya evolución parece más comprometida, se considerará su organización totalmente rudimentaria si se adopta nuestro propio desarrollo psíquico como escala de valoración; y es entonces cuando el hecho de utilizar conceptos como regresión o desmantelamiento constituye un movimiento de rehabilitación, que les reintegra en su humanidad. Sin embargo, resultan impresionantes dos caracteres evidentes del comportamiento de estos niños: 1. los procedimientos -desconcertantes o desagradables para el observador- puestos en práctica por el niño para restablecer su homeostasis son constantes y eficaces; 2. se repiten sin gran variación, lo cual permite postular, como D. Meltzer, que no constituyen una verdadera experiencia. Cuando el niño mueve sus manos de una cierta manera -las obras ya citadas contienen multitud de ejemplos de comportamientos de esta naturaleza, que los terapeutas de autistas conocen muy bien- esta actividad le conduce a un estado de equilibrio suficiente como para que nada modifique esta actividad cuando se repita más tarde.

No se trata por tanto de una estructura frágil, inacabada, abierta a cualquier influencia, salvo que nos situemos desde el punto de vista del adulto que considera su propio estado como terminado -o casi- y satisfactorio. Pero probablemente interesa pensar también que, en el niño autista, se produce un funcionamiento psíquico particular, caracterizado por su regularidad y su eficacia, y que a causa de ello ha perdido buena parte de su capacidad de evolucionar. Las crisis de agitación y angustia pueden entonces ser consideradas como desorganizaciones catastróficas, testimonios de la rigidez del sistema y no de su no existencia.

Desde esta perspectiva, lo que se designa con el nombre de ("normalidad", tanto en el niño como en el adulto, puede ser considerado como el estado que realiza el más alto grado de improbabilidad, a pesar de un gran número de procesos endopsíquicos y sociales que tienden a la repetición; por el contrario, el estado autista es la realización del orden establecido por el camino más directo. Son muchos los factores que contribuyen a impedir que la mayor parte de bebés se conviertan en autistas o se desorganicen según un modelo simbiótico. Han sido ampliamente expuestos en la introducción de este volumen y tan sólo aludiremos a lo que resulta útil para una teoría coherente de las psicosis infantiles.

La alucinación de la experiencia de satisfacción es una hipótesis que parecería congruente con la de un estado autístico primario, si se admitiera que se produce en una estructura que conlleva un self y sus límites. En los textos psicoanalíticos clásicos, desde Freud, se alude, por otra parte, a la realización alucinatoria del deseo, lo que supone efectivamente que la oposición yo o self/objeto, constituye un dato inicial. El estudio de los niños privados de cuidados maternos y de niños autistas lleva a formular una hipótesis distinta: 1. El estado inicial es una sucesión de estados de desagrado, de satisfacción y quietud, lo que contradice la idea de que existiría en los primerísimos momentos un estado narcisista protegido desde fuera por los cuidados maternos; 2. la alucinación de la experiencia de satisfacción no desemboca en una organización más estructurada que cuando encuentra la actividad maternal, que incluye no sólo la respuesta material adecuada que ocurre a tiempo, sino también la compleja actividad psíquica de la madre; 3. sólo en este diálogo comienza a organizarse la oposición yo/no-yo, que precisamente le falta al niño con un autismo primario; 4. el niño normal entra entonces en una locura bastante peculiar, que consiste en atribuir más sentido a este tipo de oposición que a la regulación de sus necesidades. La piel y todo el resto del cuerpo son investidos como representación simbólica de estos límites -y la alucinación del objeto de satisfacción será desviada en diferentes direcciones:-

percepción de un objeto exterior al que el sujeto atribuye un sentido pero que no controla, objeto mental de deseo y capacidad de representación como recuerdo o como objeto imaginario, representación del sueño. La locura alcanza su paroxismo cuando el niño reacciona negativamente a la ausencia de la madre. El investimento de la madre como objeto de deseo continuo liga definitivamente la búsqueda de este objeto, a lo largo de todos sus avatares, con la salvaguardia narcisista del sujeto.

El estado autístico primario, desde este punto de vista, supone que se ha evitado este estado de locura y que la sucesión de los estados iniciales (necesidad, satisfacción, calma) ha desencadenado un sistema de regulación placer/displacer más directo, es decir, menos desequilibrado por las intervenciones exteriores. Desde este punto de vista, hay que distinguir radicalmente el autismo del estado psíquico de los niños privados de cuidados maternos. Mientras que el autismo infantil precoz, sobre todo en su forma primaria, es de una temible cronicidad tanto en sus formas aparentemente más favorables como en las más desesperadas, los niños que han sufrido frustraciones precoces se transforman radicalmente en cuanto cambian las condiciones de vida, en particular cuando encuentran buenas condiciones de acogida. Incluso cuando las secuelas persisten -dificultades intelectuales, estados «borderline»- no tienen punto de comparación con el orden autístico. Podría verse en esta diferencia evolutiva la prueba de la existencia de un «proceso psicótico», en el sentido de la psiquiatría tradicional, en los niños autistas. Hoy en día, existen otras explicaciones más interesantes. Hay que tener en cuenta, primero, las condiciones de vida de los primeros meses de los niños autistas. Si bien sus madres están afectadas por esa particular depresión que les impide responder con alegría a las conductas de sollicitación del bebé, no se encuentran ausentes ni se muestran indiferentes. Viven dolorosamente su ausencia de alegría, su incapacidad transitoria de dar más y a menudo están agradecidas al niño por no pedir nada. Esta particular distribución de los investimentos maternos subyace bajo los cuidados materiales, prodigados, estos sí, correctamente. No constituyen una ausencia de estimulación, sino un mensaje implacable que excluye toda locura, pero que vehiculiza suficiente amor nauseabundo como para ser recibido. Los terapeutas de autistas deberán dismantelar más tarde el orden así instaurado, lo cual no es tarea fácil, mientras que las familias que acogen niños con carencias no deben sino volver a organizar lo desorganizado, lo cual no resulta fácil, pero se sitúa en un plano totalmente distinto.

La historia de los padres juega también un papel importante. Los padres de niños autistas tienen que cerrar una brecha en su propia historia. Los padres adoptivos tienen sus problemas, pero otro es el drama que han vivido, sin relación directa con el estado del niño que han recogido. Los otros estados psicóticos tienen como carácter común el hecho de haber organizado su relación con un objeto externo permanente, y el de no haber podido construir un sistema defensivo que les permita soportar su pérdida. Las defensas efectivas en ese momento han sido preparadas en la fase precedente, pero su utilización es distinta, y esta transferencia está fuertemente condicionada por el interés de los padres durante sus primeros intercambios con el bebé.

Si bien es cierto que la repetición sin elaboración es uno de los aspectos más terribles del orden autístico, esta particular cualidad de funcionamiento mental se encuentra en grado variable en la mayor parte de los sujetos psicóticos. Está directamente relacionada con la importancia económica relativa de los investimentos ligados y no ligados, es decir, con el giro particular que dan los procesos primarios a las experiencias sucesivas del sujeto. En tanto que el placer de desear y el placer del funcionamiento mental no alcanzan una «cantidad» suficiente para compensar el displacer de la no-realización inmediata del deseo, la búsqueda del sujeto estará marcada por la prevalencia de la alucinación, los procesos primarios barrerán las cualidades propias del objeto (investimentos ligados) y cada nueva experiencia será tan sólo la réplica de la anterior, igual y radicalmente deprimente. El sujeto no tiene entonces otra posibilidad más que delirar o renunciar, es decir, vivir como el deficiente triste que no provoca ya ningún escándalo.

Las teorías cognitivas y el déficit cognitivo de base

Numerosas investigaciones contemporáneas parten de hipótesis radicalmente diferentes. Se refieren sobre todo al autismo infantil precoz y se sitúan en una dirección próxima a la de Kanner. Al considerar el autismo como una perturbación de la evolución normal y al buscar una causa para esta desviación, como ya hemos visto que proceden casi todos los psicoanalistas, muchos psiquiatras infantiles intentan hallar un trastorno madurativo básico, eventualmente correspondiente a una etiología física, como un factor genético; cada vez que esto resulta posible, se realizan estudios comparativos de gemelos mono y dizigóticos, al tiempo que se intenta tener en cuenta la transmisión educativa.

Se trata de un planteamiento inverso al nuestro, y perfectamente legítimo, si se considera la estabilidad a menudo desesperante del síndrome autístico así como la discreción de los factores relacionales a los que nosotros hemos atribuido un valor etiológico. Estas opciones teóricas tienen un alcance general que desborda totalmente el marco de las psicosis infantiles. En efecto, se plantean las siguientes cuestiones: 1. ¿Se puede estudiar aisladamente el funcionamiento psíquico, como si estuviera directamente producido por la actividad cerebral, en sí misma determinada por el programa madurativo, o debe ser considerado como efecto del encuentro creativo entre competencias innatas y estimulaciones, respuestas y protección del medio exterior? Es probable que hoy muchos elijan la segunda hipótesis, pero, en la práctica o en la investigación, no es fácil evitar caer implícitamente en una valoración excesiva de factores madurativos, intrapsíquicas o interactivos. 2. ¿Es posible aislar «funciones» psíquicas, salvo que se trate de una opción para facilitar la exposición? Ser psicoanalista supone una respuesta negativa a esta cuestión. Cada una de las «instancias» no tiene sentido más que en su oposición a otras (inconsciente, preconsciente y consciente; yo, ello y superyo), y es precisamente esto lo que quiere significar la metáfora espacial introducida con el concepto de tópica. Las formas de funcionamiento mental se explican por sus investimientos y por las contradicciones que las engendran. Pero es indispensable interesarse por lo que pueda descubrirse a partir de sistemas conceptuales distintos del nuestro. Muchos autores han admitido que los niños autistas presentan un trastorno cognitivo de base: M. K. de Myer et al. (20-de 1972 a 1981), B. Hermelin y N. O'Connor (21-1970), M. Rutter (22) cuyos trabajos prosiguen desde hace doce años, y que son hoy autoridad en la materia.

M. Rutter se plantea varias cuestiones: 1. ¿Existe un trastorno cognitivo específico del autismo infantil precoz? 2. Si se aísla tal trastorno, ¿es éste el signo de que una «función» está afectada? M. Rutter plantea la siguiente hipótesis: «El término cognición remite a la facultad mental de conocer. Es decir a las funciones varias por las que el cerebro recibe, almacena y trata la información que le llega sobre el entorno y la persona misma. De manera amplia, cognición es por tanto un término genérico que describe procesos tales como la percepción, la atención, el aprendizaje, la memoria, el juicio y el pensamiento.» M. Rutter distingue la cognición del afecto y de la “conación” (voluntad, deseo, buena voluntad) distinción bien antigua que le parece tener valor heurístico. 3. ¿Es la perturbación de esta función la causa del trastorno?

M. Rutter concluía en 1979: «Existe un cierto número de hechos a favor de la existencia de un déficit cognitivo de base en el autismo, (...) La extensión y la severidad del déficit cognitivo son predictores importantes de la evolución. El tratamiento puede hacer mucho para reducir los problemas sociales y comportamentales. (...) Pero de poco sirve para modificar el desarrollo afectivo.»

Esta teoría se basa en estudios muy rigurosos realizados sobre un gran número de niños autistas y no autistas.

1. Si numerosos autistas presentan un déficit cognitivo global, y si un mal cociente intelectual es signo de mal pronóstico, son muchos los hechos que muestran que el déficit general no explica el desarrollo de un síndrome autístico.

2. Igualmente, M. Rutter elimina la hipótesis de un déficit de base limitado a las funciones lingüísticas. En efecto, se trata de un déficit cognitivo parcial que «implica una afectación del lenguaje y de las funciones de secuenciación, de abstracción y de codificación en general».

3. Partiendo del hecho poco discutible de que los niños autistas «tratan la información» referida a los rostros de manera diferente de los normales, M. Rutter se apoya sobre un estudio experimental de T. Laugdell (1978) para postular que aquéllos no se interesan por la parte superior del rostro del otro para identificarle.

El interés de estas hipótesis etiológicas reside evidentemente en la orientación del tratamiento: «uno de los objetivos primordiales debe ser favorecer el desarrollo normal», es decir, paliar el déficit aislado.

ESTADO ACTUAL DE LAS INVESTIGACIONES ETIOLÓGICAS y FISIOPATOLÓGICAS

La búsqueda del determinismo de estados tan particulares como las psicosis infantiles debería tener en cuenta las diversas situaciones descritas hasta ahora. Es posible imaginar que son varias las vías que conducen al funcionamiento mental del autismo primario, o a ese equilibrio particular entre proceso primario y secundario que caracteriza a las demás formas de psicosis infantiles. Es igualmente posible que el concepto de competencia permita la búsqueda de nuevas correlaciones.

En el estudio psicopatológico anterior, se ha subrayado la interacción entre el niño y su entorno, lo que no excluye la acción de predisposiciones cuya naturaleza debería aclararse. Probablemente, no todos los niños cuyas madres se deprimen durante los primeros meses se convierten en autistas, y muchos contribuyen, por la vivacidad de su llamada de atención, a la curación de sus madres. Tener un niño autista no puede sino reforzar las tendencias depresivas o proyectivas de los padres (23-Soulé, 1978), lo que debe incitar a una cierta prudencia en la búsqueda del determinismo de los estados psicóticos.

Las investigaciones genéticas son totalmente legítimas. Por lo general, no se centran en las psicosis infantiles, sino en el riesgo que corren los hijos de esquizofrénicos. Dado el número restringido de niños clasificados como afectados de psicosis infantiles, y la utilización relativamente reciente de este diagnóstico, es explicable la poca precisión que les caracteriza.

Muchos autores subrayan el predominio de varones sobre hembras, un fenómeno general en psiquiatría infantil. En los niños tratados en el centro Alfred-Binet y en el Hospital de día del distrito 13 de París, la proporción es de aproximadamente dos tercios de varones por un tercio de niñas. Esta proporción contrasta con las estadísticas referidas a enfermos mentales adultos, entre los cuales ambos sexos están igualmente representados, incluso con una ligera superioridad a favor de las mujeres, si se tienen en cuenta las psicosis puerperales y las demencias seniles. Se han propuesto diversas explicaciones.

Es posible que, en los medios educativos tradicionales, exista mayor tolerancia en las chicas que en los chicos ante el desarrollo de un falso self que conduce a la bobería psicótica. Pero este factor debería desaparecer con la evolución de la condición femenina. Hay otra explicación más interesante. Tiene en cuenta la mayor fragilidad de los niños en general, fragilidad que se traduce por una mayor capacidad para desorganizarse en condiciones de crianza difícil y reorganizarse en un registro psicótico. Quienes practican la observación directa de las primeras interacciones del bebé con su entorno deberían profundizar en esta hipótesis.

Para E. X. Deykin y B. Mac Mahon, el autismo infantil sería más frecuente en los primogénitos, o, en el caso de las familias numerosas, en los últimos en nacer (citado en 24-Debray-Ritzen y Golse). La edad de la madre no parece tener ninguna influencia. Debray-Ritzen y Golse critican con razón los trabajos que relacionan el autismo infantil precoz con las complicaciones obstétricas y neonatales.

M. Rutter y S. Folstein (citados por Debray-Ritzen y Golse) han estudiado 21 pares de gemelos (11 pares monozigóticos y los pares dizigóticos). En cuatro pares de gemelos monozigóticos, los dos niños eran psicóticos. Por otra parte, cinco gemelos (monozigóticos) de psicóticos estaban afectados de retraso mental o de disfasia. Por el contrario, D. R. Hauson y I. I. Gotterman (*Ibíd.*) llegan a la conclusión de la imposibilidad de establecer una etiología biológica transmitida genéticamente.

La existencia de varios niños psicóticos en una fratría no constituye un argumento decisivo en favor de una transmisión genética, puesto que puede ser interpretada, por el contrario, como demostrativa del papel del investimento maternal en la desviación evolutiva. El nacimiento imprevisto de gemelos y la gran semejanza física de los gemelos univitelinos llegan a desorganizar completamente la preocupación maternal. Tal parece ocurrir en la observación, interesantísima, de Paul E. Mc Quaid (25). En la ascendencia familiar, se encuentran tendencias depresivas, miseria y alcoholismo en ambos padres. Se trata de una intrincación de autismo bastante atípico y psicosis simbiótica, en la cual es imposible eliminar el papel de la interacción entre gemelos, sin dejar de contar la de una hospitalización a los tres meses a causa de una intervención quirúrgica por una malformación labial. La madre está fatigada, ansiosa y abrumada, incapaz de hacer frente a la situación.

Otras investigaciones genéticas se centran en los caracteres inmunológicos de los niños psicóticos, lo que permitirá tal vez circunscribir aún más este difícil problema (24-P. Debray-Ritzen y Golse).

M. Carlier y P. Roubertoux (26), han realizado un estudio crítico muy completo del conjunto de trabajos actuales sobre la cuestión y muestran hasta qué punto es difícil concluir hoy por hoy de forma categórica. «En algunas familias», escribe P. Roubertoux (27), «la etiología invocada no puede ser genética... En otras familias, es probablemente genética; en unas se invoca un modo de transmisión autosómico, en otras, un modo de transmisión ligado al cromosoma x.»

Resulta casi inimaginable que las formas de funcionamiento mental de las psicosis infantiles vayan parejas con particularidades del metabolismo. Sin embargo, es difícil distinguir lo que es funcionamiento subnormal, a partir de datos y referencias iniciales diferentes, y lo que es un funcionamiento globalmente atípico.

Las investigaciones metabólicas son particularmente difíciles. Según Debray-Ritzen y Golse, las investigaciones enzimáticas se han centrado en la mono-amino-oxidasa (no existiría ninguna diferencia significativa entre la actividad MAO plaquetaria de los niños autistas y la de los niños normales) y en la dopamina-beta-hidroxidasa (los resultados parecen contradictorios). Los autores han realizado investigaciones personales sobre los dos superóxidos dismutasas y la glutato peroxidasa. Aunque los resultados sean aún difíciles de interpretar, parece existir en las psicosis infantiles un trastorno de la protección celular ante los radicales oxidantes, ya sea este trastorno causa o consecuencia del disfuncionamiento cerebral.

ESTADO ACTUAL DE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Todos quienes trabajan en el marco de la psiquiatría infantil se encuentran hoy en día muy interesados por el tratamiento de las psicosis infantiles. Pero las experiencias no se han multiplicado en exceso, y los conocimientos no han progresado tanto.

A pesar de ello, existe la sensación generalizada de que todo sigue todavía pendiente de investigaciones y de hallazgos. Modificar la evolución de unos niños tan profundamente atractivos, a pesar de las decepciones que provocan, constituye un proyecto que a nadie deja indiferente, y constituye además el caso más impresionante para los programas de prevención en materia de salud mental.

Abordaje medicamentoso

La administración de neurolépticos no modifica nada la evolución de niños psicóticos, sea cual sea su forma de psicosis. No obstante, en ciertas situaciones en las que el niño se encuentra muy agitado, la indicación de un tratamiento medicamentoso puede ser concebible. Por supuesto que tan sólo constituye una ayuda para superar un momento difícil. Una prescripción capaz de modificar un comportamiento molesto corre siempre el riesgo de suspender la actividad de las «partes sanas» del aparato psíquico y acelerar la evolución hacia un proceso deficitario. Sin embargo, es posible que, en un lapso bastante corto, una disminución de la agitación maníaca produzca un efecto favorable en la actividad psíquica general, pero se trata de equilibrios difíciles de alcanzar y sobre todo de conservar. La prescripción de medicamentos debe discutirse en función del medio en el que vive el niño y de la capacidad del terapeuta para actuar sobre este entorno. Si se trata de una institución debe estudiarse la oposición del equipo terapéutico hacia la medicación (rechazo del niño cuando se exige tal solución -o por el contrario, rechazo de cualquier medicación, que significaría para todos una insoportable agresión-). Suele ocurrir que una reflexión común en profundidad implique un cambio en la actitud inconsciente de cada cual y que esto baste para modificar en forma positiva el comportamiento del niño en cuestión.

Si el niño está con su familia, la situación es más complicada: 1. los medicamentos desculpabilizan a veces a los padres, al mostrar que el estado del niño se encuentra determinado por disfuncionamientos que nada tienen que ver con ellos. Las consecuencias de este hecho no son sencillas; 2. La prescripción corre a cargo, a veces, del médico de cabecera, quien, desde su punto de vista, se extraña de que el equipo psiquiátrico no tenga como único objetivo calmar al niño y tranquilizar así a la familia.

Las aproximaciones psicoanalíticas y psicoterapéuticas

Leo Kanner ha escrito que no había percibido diferencias, en la evolución de los niños afectados de autismo infantil precoz, entre quienes habían sido tratados por psicoterapias y aquellos que no habían sido tratados. Es probable que se pueda afirmar otro tanto de las demás formas de psicosis infantil. De hecho, no es ésta una buena manera de abordar el problema. Tal vez tendría un sentido si existieran tratamientos estándar aplicables según un procedimiento invariable y conocido, cuya acción podría ser evaluada según técnicas utilizadas para estudiar los efectos de los medicamentos o de cualquier tipo de intervención quirúrgica.

Si se afirma que, en ningún país, se está hoy en día en situación de formar, mediante algunos años de estudios especializados, psicoterapeutas eficaces para niños psicóticos, no hay más remedio que dar por bueno el escepticismo de Kanner. Pero, como se ha dicho más arriba, resulta más importante continuar, en buenas condiciones, las investigaciones en las diferentes direcciones abiertas hoy en día, que multiplicar terapias rutinarias destinadas al fracaso y practicadas en condiciones que impiden ningún progreso.

Una de las dificultades mayores de la evolución en materia de psicoterapia de niños psicóticos procede de la diversidad de evoluciones sin tratamiento, sobre todo cuando los terapeutas no cuentan con la posibilidad de realizar estudios catamnéticos suficientemente prolongados. Cada vez que se observa un cambio indiscutible en el transcurso de un tratamiento, es necesario discutir el papel de la evolución espontánea y de la influencia que en la familia tenga la esperanza que aporta la decisión terapéutica. Winnicott escribe que algunas psicosis infantiles son curables espontáneamente cuando la capacidad de desear del sujeto, al enfrentarse a frustraciones imposibles de elaborar, queda fijada en un nivel muy primitivo del desarrollo, bajo la protección de un falso self adaptado al deseo de los demás, fundamentalmente de los padres. Una experiencia regresiva permite al verdadero self hallar mejores condiciones dinámicas y sobre todo

económicas, y reemprender así una evolución más normal. Sean cuales sean las reservas que suscite este esquema, remite a situaciones frecuentemente observadas, sin que la experiencia de la regresión esté necesariamente localizada en un cuadro terapéutico determinado. Cuando los padres han recorrido el camino que les conduce a aceptar una psicoterapia para su hijo, han modificado al mismo tiempo su actitud, lo que permite un comportamiento quizá reprimido cuando esperaban que una educación estricta consiguiera restablecer la situación.

Existen dos tendencias contradictorias en los textos psicoanalíticos dedicados al tratamiento de las psicosis infantiles.

Consecuente consigo mismo, D. W. Winnicott postula que el psicoanálisis en su forma tradicional, es decir, basado en la interpretación, puede aplicarse adecuadamente a los pacientes neuróticos, que no se curan sin la elaboración desarrollada en torno a la interpretación, pero que no tiene efecto en los psicóticos, sea cual sea su edad, puesto que estos no pueden curar, como acaba de decirse, si no es por efecto de la regresión, lo cual no exige ni interpretación ni toma de conciencia. Numerosas tentativas de tratamientos individuales o institucionales se inspiran hoy en día en los trabajos de Winnicott.

Muchos otros psicoanalistas, se refieran o no a Melanie Klein, parten de un principio distinto. Frances Tustin, al presentar el caso de John, un niño de tres años y medio carente de lenguaje al comienzo del tratamiento, explica que de inmediato adoptó con él una posición psicoanalítica activa. El niño establecía pocas diferencias entre una peonza y las partes de su cuerpo, incluido su pene. «Su excitación era apasionada y sensual, lo que me convenció de que debía mantenerme en un estricto cuadro analítico y limitarme a interpretaciones, si quería ser distinguida poco a poco de sus ilusiones primitivas y ayudarle a superar los sentimientos activados por el delirio.» Formulaba las interpretaciones con las pocas palabras que entonces comprendía. Pero aquéllas, en cambio, fueron muy frecuentes. Según los numerosos ejemplos ofrecidos por F. Tustin, consisten en: 1. un comentario del comportamiento del niño; 2. una ampliación del sentido en una dirección interpretativa que concierne al interior del cuerpo de la madre (representado por una muñeca o por el cuerpo de la psicoanalista) ya los bebés incluidos en él y que John quiere destruir.

Un pasaje extraído de la novena sesión del tratamiento permite ilustrar con claridad esta práctica y sus implicaciones en el plano teórico.

Tras algunas interpretaciones acerca del deseo de entrar con su «pipí» en el saco de mamá: «Cogió la muñeca-bebé y la puso en la cuna a la que dio la vuelta, con lo cual el bebé cayó. (Yo interpreté: entraba dando vueltas en el saco de mamá Tustin para molestar a sus bebés, porque él quería ser su único bebé.)>>

Esta técnica rigurosamente psicoanalítica, en el sentido de Melanie Klein, supone que existe en John, como en cualquier niño, una relación con los objetos fantasmáticos, y que es una experiencia particularmente angustiada la que ha provocado el modo de organización que subyace en el comportamiento autístico del niño. Supone también que la verbalización de las fantasías inconscientes que caracterizan esta relación de objeto entrafía una disminución de la angustia hasta un umbral más tolerable en el marco de la experiencia analítica, es decir se rechaza la colaboración con el sistema defensivo del niño.

Los autores de este capítulo han expuesto antes una concepción diferente del autismo y piensan, por otro lado, que una interpretación tan sólo induce cambios cuando provoca un particular trabajo del yo, en el que la negación juega un papel importante. Constatamos sin embargo que John hizo grandes progresos, y que a la salida del estado autístico fue capaz de representar y nombrar (en la sesión 360) el pecho, y el «agujero negro malo en su boca».

Esta evolución plantea el problema de la reconstrucción fantasmática «a posteriori» en el transcurso del estado postautístico. El niño autista matemático, antes citado, había descubierto a los demás de un modo particular, gracias al sistema numérico cuya significación no es simple. Puesto que si bien era evidente que de este modo tomaba contacto con el otro, al mismo tiempo

conoció la angustia manifiesta cuando las series descendentes tendían hacia cero. ¿Se puede inferir de esto que el estado autista le protegía contra una depresión preexistente? Esta hipótesis tan sólo se justifica si se admite el carácter innato de las estructuras fundamentales del aparato psíquico. Otra forma de razonar consiste en señalar que el investimento permanente del otro entrafía la ambivalencia y la angustia, y que las contradicciones del aparato psíquico son tanto más violentas cuanto que faltan las actividades psíquicas constituidas anteriormente, ya que por lo habitual entran entonces en el sistema defensivo. La observación apasionante de John muestra la transformación completa de las capacidades de figuración del niño, más allá de los progresos en su realización, que son también impresionantes. La sesión más antigua relatada en detalle muestra un niño que actúa tanto como juega, y su torpeza es también significativa. Junto a él, un psicoanalista que se resiste a entrar en el registro de la acción y habla. ¿Es lícito afirmar que las palabras tienen entonces un efecto específico por el sentido que les atribuye el psicoanalista y que bastarían para hacer aparecer en el niño oposiciones entre su cuerpo, el del psicoanalista presente, el de la madre ausente, y entre el adentro y el afuera de unos y otros? Otra perspectiva consiste en abordar la situación terapéutica de forma más global, y pensar que el conjunto del dispositivo ha provocado el movimiento que conduce a la construcción del fantasma retrospectivo del pecho destruido y del agujero negro.

Tal vez esta discusión parezca abstrusa, pero adquiere sentido si uno se enfrenta al gran número de tratamientos psicoterapéuticos o psicoanalíticos de niños autistas que no han obtenido resultados tan estimulantes como el de John con Frances Tustin. John se beneficiaba además de una familia que trabajaba de forma destacable con la psicoanalista, lo que, a decir verdad, resulta bastante excepcional.

Hay que subrayar la opinión de D. Meitzner, que escribe en sus *Exploraciones en el mundo del autismo* que este libro no tiene pretensiones terapéuticas ni aporta una solución para nadie: « ... nos hemos dedicado más a situar los problemas que a resolverlos.»

La investigación psicoanalítica debe sin duda continuar, en condiciones suficientes para que no resulte estéril y abrumadora para el especialista, pero también se investigan hoy en día otras aproximaciones terapéuticas sin que por el momento éstas hayan resuelto definitivamente el problema. Si se admite la hipótesis según la cual la situación analítica puede producir un cambio, y que las interpretaciones del psicoanalista no juegan obligatoriamente un papel por el contenido que, se supone, vehiculizan, parece coherente ampliar las experiencias y ver en qué medida cambios del mismo orden resultarán eventualmente posibles con menor coste. La hipótesis, antes enunciada, que consideraba el funcionamiento mental autístico como un sistema estable de homeostasis (lo que conduce a que la repetición no entrafie ninguna nueva experiencia) lleva a investigar las condiciones de una posible desestabilización.

En un primer tiempo, hay que considerar la acción de los padres en situación normal como específicamente desestabilizadora; en este sentido, la locura que Winnicott denominó «preocupación maternal primaria» va mucho más allá del conocimiento, más o menos exacto, de las necesidades del niño. Al proyectar el ideal del yo sobre el bebé, al forzar el sentido de cada una de sus manifestaciones, al conferir el valor de señal a lo que no era más que signo, la actividad psíquica maternal-hoy en día cada vez más compartida por ambos padres- provoca una distorsión permanente, que impide al bebé estabilizarse en una homeostasis en cortocircuito. Es lo que falta, más o menos del todo, en los niños autistas, y lo que resulta intermitente o incoherente en los demás niños psicóticos.

Una segunda etapa se caracteriza por la toma de conciencia del trastorno por parte de los padres; y éstos se convierten a su vez en factores de desestabilización por su propia angustia, y en factores de estabilización -es decir, de cronificación- por su amor. Efectivamente, es natural que los padres no aguanten, como lo hace F. Tustin, a un niño que les coge la mano para convertirla en instrumento. Es frecuente también que, para calmar su inquietud, organicen rituales que entran

en resonancia con las tendencias repetitivas del niño (por ejemplo, hacerle nombrar objetos o colores).

Estas dos tendencias contradictorias existen pues en proporciones diferentes en los padres de niños psicóticos, lo que sin duda juega un papel no despreciable en la diferencia de la evolución entre unos niños y otros.

En la búsqueda de situaciones terapéuticas capaces de desestabilizar al niño, hay que tener en cuenta la regularidad con la que éste suscita respuestas idénticas, lo cual disminuye aún más las probabilidades de que el acontecimiento se transforme en experiencia. Desde una perspectiva distinta, pero tras haber advertido que la actitud de los padres encerraba al niño en su psicosis, a Bruno Bettelheim (28) se le ocurrió tratar a las psicosis infantiles fuera del alcance de sus padres. No es seguro que esta técnica sea la mejor, en la medida en que esto no resuelve el problema de las posteriores relaciones del niño con su ambiente natural. Además, el control total de las actividades de un paciente en internamiento le impide a éste actuar en escenarios situados fuera del alcance del equipo psiquiátrico, lo cual parece hoy en día condición indispensable para que se organicen los investimentos refractados que Winnicott describió bajo la rúbrica de actividades transicionales. Para que conserven un valor funcional conveniente, es preciso que nadie se dedique a forzar su sentido.

Algunas experiencias de desestabilización en una atmósfera estable, que puede ser investida como «envoltura» por el niño, se llevan a cabo en hospitales de día e, incluso, en instituciones de tiempo parcial. Estas últimas tienen la ventaja de que permiten a los niños psicóticos conocer otros niños no seleccionados y tener así diversas experiencias.

Una de las instituciones que funciona desde 1973 en el distrito 13 de París, recibe cuatro veces por semana, durante más de dos hora a un grupo de seis niños psicóticos con edades correspondientes a la escolaridad primaria, y escolarizados durante el resto del día. Los tres terapeutas presentes responden a los indicios, incluso discretos, de llamada al contacto de estos niños, sin adoptar la actitud psicoanalítica descrita por Frances Tustin. De todos modos, esta conducta es radicalmente distinta de la de los padres y maestros, puesto que se trata sobre todo de permitir que los esbozos de deseo encuentren respuesta, incluso si éstas parecen locas en otras circunstancias, e incluso si resulta necesario el contacto corporal. No debe esperarse ninguna respuesta definitiva en este tipo de experiencia: algunos niños han cambiado mucho, otros no hecho más que los habituales progresos milimétricos o ilusorios, y solo una reflexión sobre cada una de estas experiencias permitirá avanzar en la búsqueda de terapéuticas eficaces.

Son frecuentes los tratamientos psicoanalíticos, adaptados a las particularidades psíquicas de las psicosis activas que aparecen en la fase de latencia. Sin duda, son de una gran ayuda para estos niños, pero plantean problemas técnicos y teóricos difíciles, a veces a propósito de la interpretación y de su carácter interminable, y otras debido a que se establece una ruptura ligada a la transformación delirante de la transferencia. Todas las cuestiones planteadas por las terapias psicoanalíticas de la esquizofrenia en los adultos vuelven a plantearse en el caso los niños.

Aparte de las psicosis autísticas, que han evolucionado hacia un funcionamiento deficitario más directo, existen diversos niveles de funcionamiento mental en estos niños y adolescentes. Se dan las simbolizaciones y las ligazones, pero apenas son eficaces, y, sin embargo, hay que buscar todo aquello que sea capaz de aumentar su efecto, a veces fuera de los caminos ya cursados. ¿Puede hablarse hoy en día de una neurotización de las psicosis infantiles? Algunas evoluciones pseudo-obsesivas pueden hacerlo creer, pero el análisis de estos casos demuestra la organización psicótica subyacente. Las ambiciones terapéuticas son ahora más realistas. La diversidad de la evolución de la psicosis infantil, el carácter siempre relativo del pronóstico que se deduce de signos considerados como si tuvieran un fuerte valor predictivo, animan al especialista a no dejarse paralizar por el pesimismo y a seguir buscando «el eslabón más débil de la cadena», el punto a partir del cual son posibles las modificaciones, los cambios de equilibrio y las movilizaciones

imprevisibles. La aportación de las psicoterapias de familia y en particular de las psicoterapias sistémicas (S. Lebovici, tomo 1, cap. 3) resulta interesante, sea cual sea la idea que uno se haga de la etiología de las psicosis infantiles. La aparición y la existencia de un niño psicótico en una familia suscita efectos que no se limitan a las reacciones individuales de sus padres hacia él. Es toda la estructura de los intercambios familiares la que está en cuestión, así como las relaciones del grupo familiar restringido con los otros grupos. Esta organización tiende a perennizar el papel del niño psicótico, lo cual refuerza el efecto del automatismo de repetición. Si una psicoterapia de familia es capaz de movilizar este sistema, no se debe excluir nunca que este movimiento tenga repercusiones positivas en el niño.

Todos estos tratamientos pueden mejorar el comportamiento social e incluso el funcionamiento mental del niño. También demuestran a los padres que no están solos. Todo el mundo admite que no es preciso desorganizar su vida para realizar un tratamiento que a menudo tan sólo tendrá un efecto incierto e incompleto. Con demasiada frecuencia, los padres desean cambiar de residencia, o por el contrario, internar a un niño porque no puede recibir los cuidados adecuados en casa. Estas decisiones suelen resultar penosas para el interesado. Las posibilidades terapéuticas están a menudo fuertemente reducidas por la organización de la vida familiar, pero estas condiciones familiares no son fortuitas, dadas las disposiciones psíquicas e interpersonales que hay que intentar movilizar.

El automatismo de repetición y la incapacidad del sujeto para vivir nuevas experiencias siguen siendo el principal obstáculo. Para vencerlo, es necesario un cuestionamiento constante, por parte del psicoterapeuta, de sus propias actitudes, sea cuales fueren los principios teóricos que sostienen su trabajo. El estrechamiento de la vida del paciente, su aislamiento progresivo, refuerzan los ciclos vacíos de una búsqueda cada vez más estéril. Por tanto, conviene también no acelerar este proceso al organizar, entorno suyo, modos de asistencia en los que nada imprevisto se producirá nunca.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] MAHLER M. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation in infantile psychosis*. New York, Int Univer Press, 1968. Trad frane Leonard. Paris, Payot, 1973.
- [2] TUSTIN F. *Austism and childhood psychosis*. London, Hogarth Press, 1972. Trad frane Davidovici M. Paris, Seuil, 1977.
- [3] WINNICOTT D. W. *Collected papers*. London, Tavistock Publie. Trad frane Kalmanovith J. De la Pédiatrie a la psyehanalyse. Paris, Payot, 1969.
- [4] AJURIAGUERRA J. et al. *Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces*. *Psyehiatr Enfant* 1959; 2, 1: 1-65.
- [5] RAIMBAULT G. et al. *Les nourritures terréstres. A propos des enfants en réanimation digestive*. *Psyehiatr Enfant* 1980; 23, 1: 5-86. [6] LÉBOVICI S. et al. *A propos des observations de calculateurs de calendrier*. *Psyehiatr Enfant* 1966; 9, 2: 341-96.
- [7] KANNER L. *Autistic disturbances of affective contact* *The nervous child* 1943; 2: 217-50.
- [8] KANNER L. *Childhood psychoanalysis: initial studies and new insights*. Washington, DCVH Winston, 1973.
- [9] KUBIE L, ISRAEL HA. *Say you 're sorry*. *Psyehoanal Study Child* 1955; 10: 288-99.
- [10] BENDER L. *Childhood schizophrenia. Clinical study of one hundred schizophrenic children*. *Am J Orthopsyehiatr* 1947; 17: 40-56. [11] DESPERT JL. *Schizophrenia in children*. New York, Brunner/Mazel, Inc 1968. Trad frane Despert JL. *La sehizophrénie infantile*. Paris, PUF, 1978.
- [12] GARMIZY N. *The studies of competences in children at riskfor severe psychopathology*. In Anthony EJ, Koupernik C. *The child in this family*. New York, J Willey, 1974; 3.
- [13] GOLDFARB W. *Growth and Change of Schizophrenic Children*. Washington, VH Winston, 1974.

- [14] MARCELLI D. *Le rôle du clivage dans les prépsychoses*. *Psychiatr Enf* 1981; 24, 2: 301-36.
- [15] EBERENTZ A. et al. *Les oubliés de l'hôpital psychiatrique*. Paris, Seuil, 1978.
- [16] POUSSIN G. *Les conduites automutilatrices*. *Psychiatr Enf*, 1978; XXI, 1: 67-131.
- [17] GEISSMANN C., GEISSMANN P., CROGNIER E. *L'espace transitionnel chez l'enfant psychotique*. *Psychiatr Enf* 1978; 21, 2: 373-424.
- [18] BICK E. *The experience of the skin in early object relations*. *Int J. Psychoanal* 1968; 49.
- [19] MELTZER D. et al. *Explorations in autism*. London, The Roland Harris Educational Trust, 1975. Trad frane Haag G. et al. *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot, 1980.
- [20] MYER DE MK. et al. *Infantile autism reviewed: a decade of research*. *Schizophrenia bulletin*, 1981; 7: 388-451.
- [21] HERMELIN B. et O'CONNOR N. *Psychological experiments with autistic children*. Oxford, Pergamon, 1970.
- [22] RUTTER M. *Déficits cognitifs dans la pathogenese de l'autisme*. Kenneth Cameron Memorial Lecture; 29, 7, 1982, Xe Congrès Int Psychiatr Enf Dublin, 1982.
- [23] SOULÉ M. *L'enfant qui revenait du froid*. In Lebovici S, Kestemberg E, eds. *Le devenir de la psychose infantile*. Paris, PUF, 1978: 179-212.
- [24] DEBRAY-RITZEN P., GOL SE B. *Les psychoses précoces de l'enfant*. Paris, Eneycl Med Chir, 1981; Pédiatrie 4101 N 10.
- [25] McQUAID P. *Vulnérabilité à l'autisme infantile chez les jumeaux monozygotes*. In Anthony EJ et al, eds. *L'enfant vulnérable*. Paris, PUF, 1982: 65-73.
- [26] CARLIER M., ROUBERTOUX P. *Psychoses à manifestations précoces et psychoses à manifestations tardives: apport de l'analyse génétique*. *Psychiatr Enf*, 1979; XXII: 473-502.
- [27] ROUBERTOUX P. *Facteurs génétiques éventuels dans l'étiologie de l'autisme infantile*. *Neuropsychiatr Enf* 1983; 31 (5-6): 239-87. [28] BETTELHEIM B. *La forteresse vide*. Paris, Gallimard, 1969.
- [29] MISES R. *L'enfant déficient mental*. Paris, PUF, 1975.
- [30] LANG J.L. *Aux frontières de la psychose infantile*, Paris, PUF, 1978.

(I) En francés «Chef» designa un departamento administrativo y a la vez representa el vocablo traducible al castellano por «querida» o «querido».

(II) En el presente volumen, capítulo 40, dedicado a Melanie Klein por lean Bégoïn.

(III) N. del T.: Traducimos por «mentar» la palabra francesa «mentisme».

(IV) Véase en el presente volumen el capítulo 42, dedicado a la obra de Winnicott.

(V) Bajo el efecto de un desplazamiento de investimento (procesos primarios), la distinción entre el símbolo y lo simbolizado deja de ser eficaz para limitar la excitación y la angustia. La significación manifiesta del símbolo, cuya evidencia se basa habitualmente en los investimentos ligados (proceso secundario), se pierde, mientras que se mezcla con ella el sentido de lo simbolizado, normalmente reprimido.

(VI) N. del T.: Traducimos por «estados límite» la expresión francesa «états limites» que correspondería al término inglés «borderline», y que en otras traducciones, latinoamericanas, suele denominarse «estados fronterizos».

(VII) Ver en el presente volumen el capítulo 43, dedicado por B. Kramer a la obra de Margaret Mahler.

(VIII) Ver en el presente volumen el capítulo 42, dedicado por C. Chiland a la obra de Winnicott.