

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
CAPITULO 1: Presentación del caso: Nos conocemos y comienzan las intervenciones	
1.1 La consulta.....	7
1.2 Primeros tiempos de evaluación.....	8
1.3. La interconsulta psiquiátrica y la permanencia en preescolar.....	9
CAPITULO 2: La difícil pero necesaria tarea del diagnóstico ¿de qué hablamos cuando hablamos de psicosis simbiótica?.....	11
2.1 Los aportes de Margaret Mahler.....	12
2.2 Frances Tustin.....	16
2.3 Donald Winnicott.....	20
2.4 La psicosis para Wilfred Bion.....	22
2.5 Ajuaguerra y otros manuales diagnósticos (CFTMEA-R-2000).....	23
CAPITULO 3: Los tiempos previos al tratamiento: Análisis de cómo los acontecimientos se habrían sucedido dando cuenta del cuadro actual	
3.1 La constitución de la pareja y la noticia del embarazo.....	27
3.2 El deseo de hijo y la maternidad.....	28

3.3 Mariano ya nació ¿ya nació Mariano?..... 30

3.4 Su constitución subjetiva.....31

CAPITULO 4: Del destino posible de la construcción del aparato psíquico a la luz de las intervenciones tempranas

4.1 Los avatares del tratamiento a lo largo de los años.....37

4.2 Mariano hoy y su pronóstico.....39

4.3 Las intervenciones tempranas: Clínica de la primera infancia.....42

CONCLUSIONES.....46

APENDICES.....49

BIBLIOGRAFIA.....53

ABSTRACT.....56

RESUMEN

Esta investigación preliminar de carácter descriptivo expone las intervenciones precoces posibles en el vínculo madre-hijo, puntualmente en un caso con diagnóstico de patología grave, a través de un análisis retrospectivo del mismo.

Se pusieron de manifiesto las fallas en la estructuración subjetiva que se presentaron desde los orígenes y de qué manera se debería haber intervenido para intentar que las mismas no fueran tan severas.

Quedó establecido que muchas de estas cuestiones tuvieron que ver con una detección tardía de las anomalías por los profesionales intervinientes en la primera infancia del niño.

Por último se plantea la importancia de este tipo de análisis y estudio de los vínculos precoces a los fines de prevenir patologías graves del desarrollo y a su vez, como la mirada en esos primeros tiempos amplía la comprensión semiológica y dirige la cura hacia diversos lugares de intervención.

“La irrecuperabilidad de los tiempos de infancia, como tiempos de la estructuración psíquica, nos plantea, desde el punto de vista ético, la urgencia de un fundamento para nuestra práctica, un “saber hacer” determinado por formulaciones precisas—hasta donde nuestros conocimientos lo permitan—acerca de los movimientos de instalación de lo originario” (Bleichmar S., 1984)

INTRODUCCION

Con este trabajo me propongo reconocer los fenómenos vinculares que inciden en la estructuración psíquica normal y patológica, adentrándonos en el tema de las psicosis infantiles. En este punto, se describirá la psicosis de tipo simbiótico en particular haciendo hincapié en las variables que tienen que ver con la constitución subjetiva de estos niños y las fallas que se puedan presentar en este aspecto (caso Mariano).

La justificación de tal investigación es el hecho de que niños con este tipo de cuadros son a menudo detectados de manera tardía y tienden a ser agrupados en categorías amplias y menos específicas. Esto hace que, la mayoría de los trastornos graves en la estructuración del aparato psíquico caigan en la entidad de Trastorno generalizado del desarrollo.

Por esto es que se quiere poner en escena no solo los conceptos de la autora que acuña el término de psicosis simbiótica, M. Mahler, sino el manual francés de clasificación de trastornos mentales infantiles, el CFTMEA-R2000, compendio poco difundido al lado de los más conocidos como el DSM IV TR y el CIE 10, compendios que no incluyen el diagnóstico de psicosis infantil en ninguna de sus variantes. ¿Cómo diagnosticar a un niño como psicótico si las únicas categorías que se conocen son las que propone el manual clasificatorio DSM IV/TR (TGD, TA, Asperger, etc)? Los conocimientos teóricos y prácticos que los que contamos son los que nos hacen analizar la realidad de nuestra clínica de tal o cual manera. Aquí es donde los desarrollos psicoanalíticos se hacen presentes y tienen muchos aportes para hacer.

Por todo esto es que se quiere trabajar la cuestión de las intervenciones precoces en el vínculo temprano madre-hijo y sus efectos en los posibles diagnósticos a devenir. La clínica de la primera infancia aparece cada vez más no solo como un campo clínico, sino también de investigación, docencia y prevención. Este último punto se considera crucial a la hora de trabajar con niños que se presentan como severamente perturbados. Focalizar en los primeros momentos de vida amplía la

comprensión semiológica y permite una intervención precoz si estamos frente a un bebé. Pero a su vez, si estamos frente a un niño, el análisis de estos primeros momentos amplía nuestra comprensión y nos dirige hacia diversos lugares de intervención.

Entonces, la relevancia práctica del trabajo tiene que ver con las posibilidades de que se presenten mejorías en niños evaluados y atendidos precozmente con un marco y método adecuados.

Se espera que el análisis de este caso sea de utilidad para los distintos profesionales que intervienen en el tratamiento de dicha temática e instale un poco más a la clínica de la primera infancia como una franja de abordaje fructífera tanto para el trabajo clínico como el preventivo. A su vez puede, en el mejor de los casos, sentar las bases para futuras investigaciones en el área de la vincularidad temprana para proveer un puente entre la psicología y otros campos de estudio ya que la clínica de la primera infancia incluye diversas disciplinas.

Como plantea Silvia Bleichmar en su libro “La fundación de lo inconsciente”(1984): “... Es necesario subrayar; en primer lugar, que las psicosis infantiles deben ser reconocidas en su multiplicidad polimorfa; ello implica salir de la propuesta estructuralista originaria de concebir la psicosis como causada por un mecanismo único desde una modalidad...Las psicosis infantiles deben ser concebidas como un fracaso de los procesos de constitución del aparato psíquico-autismo psicógeno de Tustin, o psicosis simbiótica de Mahler, entre otros—“.

Retomar la función materna como función constituyente para diferenciarse de las corrientes que la reducen a lo autoconservativo y recuperar el carácter del sujeto sexuado de la madre, provisto de inconsciente en el cual lo pulsional activa sistemas de representaciones que hacen a los modos de encarar las maniobras que los cuidados precoces del hijo imponen. (Bleichmar S. 1984)

“El carácter polimorfo variable, crea condiciones difíciles para un diagnóstico taxativo—salvo en un pequeño número de casos—de las psicosis infantiles, poniendo sobre el tapete lo reducido de nuestra psicopatología. Por otro lado, es evidente a esta altura que gran parte de los trastornos que en la primera infancia

son diagnosticados como “trastornos madurativos”, “ trastornos del desarrollo”, “déficit intelectual de origen funcional”, evolucionan cada vez más hacia formas psicóticas, francas, productivas, o con dominancia “ a deterioro”, las cuales son detectadas tardíamente luego de que el niño ha sido sometido a múltiples tratamientos ortopédizantes, que han dejado intocadas las estructuras de base que las generan”. (Bleichmar S. 1984)

El capítulo 1 refleja la historia de Mariano con el inicio de las intervenciones analíticas y psiquiátricas.

El capítulo 2 refleja el camino recorrido para llegar al diagnóstico en cuestión y la evolución de sus sesiones a lo largo de los años.

El capítulo 3 analiza los tiempos previos a la intervención analítica, es decir, la formación de la pareja parental, la llegada de Mariano, sus primeros tiempos de vida, el vínculo que establecen madre-bebé y los conceptos que tienen que ver con la constitución subjetiva de este niño.

El capítulo 4 intentará hacer un análisis retrospectivo pensando que podría haber pasado con el desarrollo psíquico de este niño si se hubiera logrado acceder a él y a su relación con su madre en tiempos mucho más precoces, es decir, habiendo realizado intervenciones psicoanalíticas estructurantes tempranas, en los tiempos de la primera infancia y de la constitución incipiente del vínculo y como se piensa su pronóstico.

Por último se realizará una conclusión y las recomendaciones que se crean pertinentes, evaluando todo lo anteriormente expuesto.

CAPITULO 1

“Nos conocemos y comienzan las intervenciones”

1.1 La consulta

Se recibe la consulta por Mariano cuando este tenía 5 años y 11 meses. La realiza por él su madre, a quien llamaremos Yanina. Se encontraba iniciando un tratamiento fonoaudiológico y la mamá había comenzado con una psicóloga. El motivo de la misma era que en el jardín de escuela privada religiosa al que el niño asistía le había comunicado que el mismo haría una permanencia en preescolar ya que no lo veían preparado para primer grado.

La madre acababa de hacer una consulta con especialista en neurología infantil. Pese a que el examen neurológico clínico no evidenciaba alteraciones, se solicitó TAC y EEG que arrojaron resultados normales. Por esto el niño es derivado a una evaluación por psicóloga especialista en trastornos del desarrollo.

De esta evaluación se desprendió que el niño presentaba “retraso madurativo” y debía comenzar un tratamiento psicológico con especialista en su zona de residencia ya que estas consultas se realizaron en la ciudad de La Plata.

En este primer encuentro Yanina expresó a su vez que el niño “no tenía papá”, que aún lo amamantaba y dormían en la misma cama y que su retraso más importante estaba a nivel del lenguaje. También presentaba alteraciones en la conducta y circulaba utilizando su mano como un títere con quien dialogaba.

El informe escolar expresaba que casi no se comunicaba verbalmente, que solo balbuceaba unas palabras en voz baja. No respetaba las consignas y se desconectaba del grupo. Manifestaba “actitudes atípicas” como escupir, reírse inmotivadamente y gesticular. Llamaba la atención su falta de lenguaje, se comunicaba poco, de manera inentendible y cuando lograban comprenderlo repetía frases de otros, por ejemplo “es feo eso Mariano”. No interactuaba con otros niños,

parecía hacerlo pero solo deambulaba entre ellos y rompía sus producciones. Orinaba en el parque de juegos, a veces golpeaba a pares y docente. Su mamá desde que comenzó el jardín se sentaba todos los días en la puerta del mismo a los largo de las 4 hs que duraba la jornada escolar. Todos los días. Todo el año. Refería que cuando lo dejaba allí sentía que le “sacaban un pedazo” y que sin ese pedazo no sabía qué hacer, no podía pensar en ocupar ese tiempo en otra cosa que no fuera Mariano. Lo único posible para ella era esperar por su hijo.

1.2 Primeros tiempos de evaluación y sesiones iniciales

Mariano casi no hablaba, su lenguaje era muy precario. Me miraba poco, se concentraba en lo que estaba haciendo. Ingresaba siempre de manera alterada y desorganizada hasta que se cerraba la puerta. Ahí su actitud se tranquilizaba. Sucedió lo mismo a la salida de las sesiones cuando se reencontraba con su madre quien, en casi 5 años de tratamiento jamás ha accedido a dejarlo y luego pasar a buscarlo, siempre espera por él. Lo mismo el tema del títere, solo sucedía en presencia de la madre.

Si se lo saludaba, saludaba. Había un esbozo de juego simbólico pero lleno de contenidos desorganizados y agresivos. De a poco iba aflorando el lenguaje el cual, al día de hoy, continúa alterado. Frases en tercera persona y ecolalias. Rápidamente estableció un vínculo conmigo, a veces excesivo. Durante los primeros tiempos del tratamiento me decía “mami” ya que me llamo igual que la madre.

Seguirle el hilo al discurso de la mamá era muy complicado. Ella fue derivada al psiquiatra por su psicóloga tratante quien la medicó con antidepresivos. Ante las indicaciones de la misma dejó de amamantarlo pero luego de que se dormía ella no podía resistir la angustia y se metía en la camita con él.

El juego de Mariano tendía a ser un poco repetitivo, siempre solicitaba lo de la sesión anterior. Jugó largo tiempo con masa y no se consideró pertinente de entrada introducir variaciones a esto que sí se hicieron más tarde. Estaba tratando de ver con que Mariano me encontraba, el diagnóstico de retraso madurativo no me decía

mucho. Le gustaba sobremanera dibujar y tiene talento para eso, pero cuando lo hace es una producción atrás de la otra, en cantidad, como si su pensamiento desorganizado y desbordante necesitara enmarcarse aunque más no sea en delimitadas hojas de papel. Traía siempre alguna revista de la sala de espera y me pedía que le copiara algún dibujo de allí. Cuando su madre entraba a buscarlo comenzaba a morderse los brazos.

Así es que llega fin de año y se materializa el hecho de que Mariano no egresa del jardín como sus compañeros. Esto angustió mucho a Yanina. Es en este momento del inicio del tratamiento que Mariano comienza a venir con algo que me comienza a preocupar y por lo que decido la interconsulta con psiquiatría infantil: constantemente abría su boca y me pedía que mirara dentro de ella, decía que tenía una lombriz dentro de su cuerpo “¡mirala! ¡mirala! “ y se movía nervioso intentando mostrarme como le iba recorriendo las diferentes partes de su cuerpo. El juego comenzó a rondar siempre el hecho de que el consultorio se prendía fuego, esto le daba mucho placer, corría y se escondía mientras reía y me convocaba todo el tiempo a jugar con él. Nunca me ignoró a lo largo de las sesiones. Si bien la relación con los otros estaba alterada, existía. Sus dibujos comenzaron a llenarse de torres eléctricas de alta tensión y comenzó a arrancarse sistemáticamente sus pestañas.

1.3 La consulta psiquiátrica y la permanencia en preescolar

Ya iban unos 6 meses de tratamiento cuando efectivamente se concreta la consulta. Su psiquiatra tratante a la actualidad es la jefa del servicio de psicopatología de un reconocido hospital de niños. Esto no ha sido dato menor. La dra. es psicoanalista y esto ha sido crucial a la hora de pensar el caso de Mariano y poder trabajar con él.

La psiquiatra se tomó tiempo para ver el caso, cuestión que a veces se dificulta en los hospitales públicos con alta demanda. Los citó varias veces, en ocasiones juntos, en otras por separado y se comunicaba conmigo constantemente. De inicio decidió no medicarlo pero su desorganización del pensamiento fue en aumento y al día de hoy se encuentra con una dosis relativamente baja de risperidona diaria. Esto le permitió poder conservar sus producciones a nivel escolar ya que si no las rompía

o rayaba todos sus cuadernos. Estos últimos siempre han sido un reflejo de lo que ocurría dentro de pensamientos: letras sueltas, caras, ojos, dibujos de muerte, todo en color negro, espacios en blanco, agujeros rotos.

La dra. le informó a la mamá las características del cuadro de Martín sin darle el nombre “verdadero” ya que si lo plasmaba en sus resúmenes, no reconocería la obra social ni los tratamientos ni la medicación. Como “título” le tuvo que poner *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*, aunque el diagnóstico real fue el de **psicosis de tipo simbiótica**. Esto se hizo luego de más de un año de tratamiento y evaluaciones. La psiquiatra siempre repetía que a estos niños hay que verlos sostenidamente en el tiempo para poder arribar a un diagnóstico, aunque ambas sabemos que en la infancia los diagnósticos son provisorios y flexibles. Otro punto importante en cuanto a los efectores de salud es la falta de posibilidades diagnósticas que hacen que cuadros disímiles tengan que recibir el mismo “nombre” ante las entidades que se hacen cargo de costear el mismo.

CAPITULO 2

“La difícil pero necesaria tarea del diagnóstico: ¿de qué hablamos cuando hablamos de psicosis simbiótica?”

“Y nos encontramos con una paradoja: es fundamental detectar patología psíquica tempranamente para poder trabajar en los primeros tiempo de la estructuración psíquica, antes de que la repetición se haya coagulado, pero a la vez, esto puede coagular el devenir. Es decir, detectar patologías es diferente a colgar un cartel, a plantear un trastornos como un sello inmodificable.” (Janin B., 1995)

Los profesionales de la salud mental infantil tendríamos que utilizar un lápiz, como plantea Gisela Untoiglich (2013), para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado, son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse en una marca indeleble en la vida de un sujeto.

“Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que por un lado el proceso de maduración propio del crecimiento, y por el otro, el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y a veces la escuela, van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar movimientos fundantes en esa subjetividad en ciernes”. (Untoiglich, G. 2013)

Silvia Bleichmar en su obra *La fundación de lo inconsciente* (1993), plantea que la psicosis simbiótica se caracteriza porque el incipiente sujeto no puede desabrocharse del yo materno al cual ha quedado soldado a partir del momento en que ingresa como significante de la falta. Concibe esta patología como efecto del encadenamiento, soldado y absoluto, del niño en tanto significante que viene a obturar la castración materna; significante sin posibilidad de circulación, condenado el sujeto a la captura en el interior engolfante del semejante, y , en tal medida,

imposibilitado de estructurar un yo representacional que le posibilitara transitar por las etapas de su hominización.

2.1 Los aportes de Margaret Mahler

La autora que acuña la categoría de psicosis simbiótica es Margaret Malher en 1977. Estudia la evolución de la relación madre-hijo bajo el ángulo específico de la autonomía progresiva de este último. Concibe a la psicosis infantil como el resultado de los fracasos de individuación, cuyo origen se halla tanto en el niño, incapacidad innata del yo para neutralizar las pulsiones, déficit en la capacidad perceptiva primaria del yo, efectos desorganizadores del pánico organismico del niño sobre un yo frágil, como en la madre. Así en el desarrollo del niño hay unas fases que no pueden ser superadas, dada la angustia masiva que suscita el acceso al objetivo siguiente. Para defenderse de ello, el niño utiliza mecanismos de sostén que se oponen a la progresión en el desarrollo. En las psicosis simbióticas el principio maternante es reconocido pero el niño oscila entre el deseo de fusión absoluta con un objeto bueno parcial y el temor de absorción o aniquilación en ese objeto. Los mecanismos de sostén se organizan alrededor de la escisión entre la unidad todopoderosa madre-hijo y la proyección persecutiva sobre el mundo exterior. La psicosis resulta patente cuando la ilusión de la unidad madre-hijo no puede mantenerse por más tiempo frente al progreso de la maduración neurofisiológica (hacia los 3-4 años) (Ajuriaguerra, J. 1996).

M. Mahler discrimina el nacimiento biológico del psicológico; este último nacimiento tiene que ver con el proceso de separación-individuación en el cual, en el mejor de los casos, el niño logra establecer un sentimiento de separación respecto de las experiencias del propio cuerpo y el objeto primario de amor. Ocurre en el periodo que va del 4 o 5 mes a los 30 o 36 meses. Vendría a ser como un segundo nacimiento. Ruptura de la membrana común simbiótica madre-hijo. Que esta fase se alcance normalmente es el primer prerrequisito para el desarrollo y el mantenimiento del sentimiento de identidad.

“La separación consiste en la emergencia del niño de una fusión simbiótica con la madre y la individuación consiste en los logros que propician la asunción por parte del niño de sus propias características individuales. Una madre omnipresente e infantilizadora que interfiere con la tendencia innata del niño a la individuación, obstaculizando por lo común la función locomotriz autónoma de su yo, puede retrasar el desarrollo de una plena conciencia de la diferenciación yo-otro por parte del niño, pese al desarrollo progresivo, o aun precoz, de sus funciones cognitivas, perceptuales y afectivas.” (Mahler M., 1977)

En los casos como el de Mariano, que desarrollan psicosis infantiles, se observa a niños incapaces de abandonar el estado crepuscular delusivo de una órbita simbiótica común madre-infante. La personalidad de estos niños no se organiza con la madre como objeto externo de amor, los núcleos del yo no se integran sino que se disgregan. Se les da el nombre de simbióticas ya que remiten a una no diferenciación entre el sí mismo y la madre, ya que la falla da cuenta de una fusión, de una falta de diferenciación entre el yo y el no-yo. (Mahler, M. 1977)

Esta falla se daría en alguna parte de este proceso. El primer estadio es conocido como la fase autística normal. Es esperable que el bebé presente ausencia de catexia de los estímulos externos. Parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria primitiva. Durante las primeras semanas prevalece un estadio de narcisismo primario absoluto, donde hay una falta de conciencia del infante respecto de la existencia de un objeto maternante. Este es el estadio de autismo normal. Va seguido por un estadio de oscura conciencia de que uno mismo no puede proveer la satisfacción necesaria, sino que ésta proviene de algún lugar de fuera del sí-mismo. Este es el estadio de narcisismo primario (Mahler, M. 1977).

“A partir del segundo mes una oscura conciencia del objeto que satisface las necesidades marca el comienzo de la fase de simbiosis normal, en que el infante se comporta y funciona como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente. La barrera casi sólida contra los estímulos comienza a resquebrajarse. El yo y el no-

yo no están aún diferenciado y lo interno y lo externo solo están llegando en forma gradual a ser sentidos como diferentes.” (Mahler, M. 1977)

El rasgo esencial de la simbiosis es la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria o delusiva, con la representación de la madre y en particular la delusión de que existe un límite común entre dos individuos físicamente separados. Este es el mecanismo al que regresa el yo en los casos de perturbación muy grave de la individuación y de desorganización psicótica como el de Mariano.

Alrededor de los 4 a 5 meses de edad, en el apogeo de la simbiosis, hay fenómenos conductuales que parecen indicar el comienzo de la primera subfase de separación e individuación: la diferenciación. La sonrisa social no específica se transforma gradualmente en la respuesta específica de sonrisa de la madre que es el signo crucial de que se ha establecido un vínculo específico entre el infante y su madre. (Mahler, M. 1977)

Alrededor de los 6 meses comienzan los intentos de experimentar con la separación-individuación. Esto puede observarse en conductas del infante tales como tirar del cabello, poner comida en la boca de la madre, etc. Esto contrasta con el simple amoldamiento a la madre que sostiene al niño. Hay signos definidos de que el bebé comienza a diferenciar el propio cuerpo del de su madre. A los 6 o 7 meses ocurre el apogeo de la exploración manual táctil y visual del rostro de la madre y de las partes cubiertas y desnudas del cuerpo de la madre. (Mahler, M. 1977)

Reacciones y ansiedad ante extraños: una vez que el infante ha llegado a individuarse lo suficiente como para reconocer el rostro de su madre y una vez que se familiariza con la modalidad y la manera de sentir en general de su partícipe en la díada simbiótica, se aplica luego con un mayor o menor asombro y aprensión a una prolongada exploración visual y táctil y al estudio de los rostros y la gestalt de otros. Parece estar comparando y controlando los rasgos del rostro del extraño con los del rostro de su madre. Esto coincide con la etapa llamada angustia del octavo mes que plantea R. Spitz. (1985)

Hay pocos datos de Mariano en sus primeros tiempos, era un bebé muy bueno, tranquilo, que su madre intrusionaba constantemente en función de sus estados emocionales y no de las necesidades del niño.

Siguiendo estas etapas cronológicas cerca del año debiera haber comenzado una subfase de diferenciación que coincide con los intentos de deambulación del niño donde debe haber por parte de la madre una renuncia de la madre a la posesión del cuerpo del infante. “La madre amante enseña a su hijo a caminar solo. Esta bastante lejos de él, de modo que no puede servirle de sostén, pero le tiende los brazos. Así el niño camina solo con sus ojos fijos en el rostro de su madre y no en los obstáculos del camino. Lo apoyan brazos que no lo agarran. En el momento mismo en que insiste en que la necesita está demostrando que puede valerse sin ella”. (Mahler, M. 1977)

Otras madres no dan ninguna señal de aliento, ninguna bendición al final del recorrido. Hay el mismo deseo de enseñar al niño a caminar solo pero no como lo hace la madre amante. En efecto, hay ahora temor, que envuelve al niño. Ese temor lo abrumba y no lo deja avanzar. Hay en el mismo deseo de guiarlo a la meta, pero la meta se vuelve de repente aterradora. La madre psicótica llena esos momentos con aprensión, de modo que el niño no tiene adonde ir, sino que teme llegar a cualquier parte. Madre que siempre cuidó de manera inadecuada y excesiva al niño, no pudiendo separarse de él ni para cambiar de ambiente dentro de la misma casa.

A los 18 meses se da una ruptura del cascarón. Aumento de la ansiedad por separación. Interés constante en determinar dónde está la madre. Si la madre esta serenamente disponible, si comparte las hazañas del deambulador aventurero, si responde con el juego y facilita así los saludables intentos de imitación e identificación del niño, la internalización de la madre y el deambulador puede progresar hasta el punto en que se inicia la comunicación verbal. Algunas madres con su prolongada sobreprotección e intrusividad enraizada en sus propias ansiedades y a menudo en sus propias necesidades simbiótico-parasitarias, se transforman ellas mismas en la sombra del hijo. Aquí se puede pensar el notable

retraso y alteración en la adquisición del lenguaje de Mariano, niño hablado por otro. (Mahler, M. 1977)

Finalmente el niño que debería haber llegado a una consolidación de la individualidad y a los comienzos de la constancia objetal emocional comenzó a desandar el camino de una fallida estructuración de su aparato psíquico que fue tal debido a la ausencia de otros referentes, llámese padre en primera instancia y familia ampliada luego, que pudieran poner un coto a las intrusiones maternas permitiéndole así a Mariano otro destino posible.

2.2 Frances Tustin

Otro autor que se refiere a las psicosis infantiles de este tipo es F. Tustin. Para ella es un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad que crea un espantoso agujero negro. El niño lucha contra él, mediante unos mecanismos arcaicos de tipo enquistado o un repliegue autista o bien mediante la identificación proyectiva o maniaca. De esta forma, el niño intenta negar la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y el medio, a fin de preservar hasta donde le es posible un mínimo sentimiento de continuidad. (Ajuriaguerra, J. 1996)

Para esta autora es importante que la madre esté en condiciones de asumir la situación de sostén y mantenimiento ya que si ésta se deteriora, el niño queda solo con sus angustias insoportables y utiliza su cuerpo como si fuera el de su madre y viceversa. De este modo se protege mediante una ilusión de continuidad pero no se diferencia de su madre (Llanos, 2007)

Tustin F. describe un estadio inicial en el que la experiencia con objetos-sensaciones centrados en el cuerpo y con la madre experimentada como un objeto-sensación que forma parte de su cuerpo, prepara al niño pequeño para posteriores relaciones con objetos no/si-mismo experimentados como separados de su cuerpo y a los que tiene que aprender a adaptarse. El niño es de forma innata un animal social, pero la conciencia social no puede desarrollarse hasta que no tenga un sentido de ser un sí-mismo separado de los otros sí-mismos. Hay búsqueda de

objeto pero no relación de objeto. Habría capacidad de respuesta pero no conciencia del otro separado de sí-mismo. Lo central de la alteración del niño psicótico es que ha tenido una conciencia insoportable del no/si mismo antes de tener un sí-mismo lo suficientemente integrado como para hacer frente a la situación.

“El sentimiento de que la madre dadora de sensaciones es una parte excitante de su cuerpo del niño se opone a la verificación de que ella está separada del niño y que debe ser compartida con otros. El sentimiento de que el niño crea el mundo choca con la comprensión de que es un mundo al que habrá que adaptarse y acomodarse. En el desarrollo normal estos duros descubrimientos tienen lugar al abrigo de la matriz posnatal. El niño es protegido de descubrimientos que son tan agudos que su aparato neuromental no puede soportarlos. Mi tesis es que el niño psicótico ha tenido que enfrentar estos conflictos demasiado pronto para él”. (Tustin, F. 1994)

Cuando este vínculo primario es perturbado como en el caso de Yanina y Mariano, el bebé queda expuesto a todos los riesgos que amenazan la hipersensibilidad de la primera infancia. La conciencia de su separación respecto de su cuerpo de la madre significa que encuentra a la madre no/si-mismo en un momento en que se halla en un estado hipersensible y superreactivo en el cual todo se magnifica. Se desencadenan entonces reacciones automáticas masivas con el objetivo de bloquear la conciencia de una madre no/si-mismo. Se intensifican las actividades autosensuales para preservar la ilusión de confusión con la madre. Estas actividades autosensuales se vuelven idiosincrásicas porque se impide su modificación por influencias externas. También se vuelven rígidas e inalterables en una medida anormal. Así se desencadena el autismo patológico. Si por alguna entre muchas razones el autismo primario normal es perturbado catastróficamente, el bebé reacciona desarrollando un autismo patológico. En el caso en cuestión se confunden las experiencias no/si-mismo de la realidad compartida de modo que el niño se vuelve psicótico. La psicosis infantil surge a partir de una perturbación de la sensualidad primaria en el estadio del autismo primario normal. Esto pone en marcha el círculo vicioso del autismo patológico en el cual hay una inhibición o perturbación de las percepciones. En lugar de que el mundo exterior no/si-mismo

cambiante e impredecible se convirtiera en un estímulo para el crecimiento resulto un foco de confusión. Negación y confusión son los dos tipos principales de reacción patológica que entran en acción al servicio de esta retirada del mundo exterior no/si-mismo para poder seguir viviendo en función de la autosensualidad. (Tustin F., 1989)

Stein (1967) y Fordham (1976) han sugerido que el autismo patológico es semejante a las reacciones inmunológicas con las que el cuerpo rechaza o aniquila tejidos extraños en el sentido de que es como una reacción de autoinmunidad para rechazar o aniquilar las experiencias no/si-mismo.

Dentro de los dos tipo principales de reacción autista patológica por medio de la cual el niño psicótico ha evitado la realidad no/si-mismo que Tustin F. describe estaríamos ante una reacción de confusión que hacen borroso pero que no bloquean por completo el mundo exterior no/si-mismo.

Grupo de niños psicóticos ,que la autora describe como autistas confusionales, algunos de los cuales tienen rasgos en común con los esquizofrénicos adultos. Se diferencian con toda claridad de los niños encapsulados, pero no todos los niños confusionales son niños esquizofrénicos. Los niños confusionales utilizan la confusión y el enredo con objetos externos. El sí-mismo y el no/sí-mismo están inextricablemente confundidos. De modo que el tratamiento es más difícil, más largo y es de vital importancia que los padres sigan también un tratamiento.

Expone de este grupo de niños las siguientes características presentes en Mariano y que lo diferencian claramente de un trastorno generalizado del desarrollo:

- Movimientos corporales torpes y mal coordinados
- Blandura y flacidez en su tono muscular
- No suelen apartar la mirada: al contrario, Mariano es muy demandante de atención
- Amoldan el cuerpo de manera suave y abandonada cuando se lo coge en brazos, parecen hundirse. Con frecuencia frotan la nariz contra las personas

como si fueran animalitos. Esta es una constante en Mariano. Tiene este hábito que lleva a cabo solo con su madre. Le frota la nariz sobre las mejillas y utiliza un volumen de voz muy bajo cuando dialoga con ella. Creció teniéndola siempre demasiado cerca.

- Responden a la gente de manera indiscriminada: se quedó sin angustia en el jardín, en sus tratamientos, no se pone contento ni se anticipa cuando su madre regresa (en realidad no regresa porque nunca se fue)
- Se enferman con facilidad: este es un punto que en un momento preocupó sobremanera a su psiquiatra tratante. Vivía enfermo. Se pensó la posibilidad de internarlo preventivamente para descartar un síndrome de Munchausen. Afortunadamente fue solo en una etapa y se creyó que tenía que ver con cierta fragilidad de salud que suelen presentar los niños psicóticos a diferencia de los autistas.
- Suelen ser hiperactivos: está constantemente en movimiento desorganizado
- El comportamiento desordenado de los niños confusionales sigue a un período inicial de algo que parece un desarrollo normal: nadie detectó nada hasta los 5 años
- Resistencia al cambio
- Alucinaciones: el episodio de la lombriz quizás tenía un tinte de tipo alucinatorio.
- No tienen habilidades poco comunes: este punto hace referencia a la facilidad de ciertos síndromes como el de asperger que también se los conoce como autistas de alto funcionamiento.
- Enfermedad mental en la historia familiar: la estructura de la madre es claramente psicótica sin presentar alucinaciones pero si algunos leves delirios por ejemplo que el transporte escolar le pierda el niño. Por esto no autorizaba el traslado y luego de mucho trabajar esta cuestión accedió a hacerlo pero iba y “espiaba” desde atrás de una planta hasta ver que su hijo subía a la combi. Hace un año su tío conviviente fue diagnosticado con esquizofrenia.
- Hablan. Manera entrecortada y difusa. A veces hablan como entredientes y sin modular.

- Dibujan desde el comienzo del tratamiento.
- La madre colabora totalmente para mantener el tratamiento del niño y tienen a la psicoterapia un gran aprecio mientras no atente contra su enredo con el niño. Nunca se enfatizará demasiado la necesidad de que los padres de estos niños sigan ellos mismos un tratamiento.
- Uno o ambos padres del niño confusional son casi invariablemente perturbados y caóticos.

2.3 Donald Winnicott

Para Donald Winnicott (1962) el origen de la psicosis infantil debe buscarse entre los avatares de la relación de adaptación recíproca madre-hijo, especialmente en el tiempo en que el niño experimenta desilusión frente a ella. Hasta ese momento el niño vive en la ilusión de omnipotencia puesto que la madre suficientemente buena sostiene al niño, le cuida y le muestra objetos de forma que él cree ser su creador. Si la madre falla, el bebé puede experimentar angustias impensables o agonías primitivas tales con el retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en el cuerpo o la pérdida del sentido de la realidad. El niño se defiende contra la ansiedad mediante mecanismos diversos: desintegración, despersonalización, estado autista, exacerbación del narcisismo primario, etc. La enfermedad psicótica consiste pues en la defensa contra las sensaciones de agonía ya experimentadas. Al contrario de M. Mahler opina que no se trata de la fijación en estadios normales del desarrollo sino de una organización desviada, patológica y específica.

Si bien la capacidad para estar solo es fruto de diversos tipos de experiencias, solo una de ellas es fundamental, solo hay una que de no darse en grado suficiente, impide el desarrollo de dicha capacidad, se trata de la experiencia, vivida en la infancia y en la niñez de estar solo en presencia de la madre. Así pues, la capacidad para estar solo se basa en una paradoja, estar a solas cuando otra persona se halla presente. Ello lleva implícita una relación de índole bastante especial: la que existe entre el pequeño que está solo y la madre real o sustitutiva que está con él. La capacidad de estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad

psíquica del individuo. La madurez y la capacidad para estar solo implican que el individuo ha tenido la oportunidad, gracias a una buena maternalización, de formarse poco a poco la creencia en un medio ambiente benigno. Cuando esta paradoja se cumple, y el niño fue sostenido en su soledad, en la madurez introyectará la figura de sostén y se convertirá en su propio sostén. Esta capacidad es lo que lo habilitará a soportar la soledad sin desintegrarse (Winnicott D., 1989).

Mariano siempre ha tenido una madre presente pero de manera excesiva y no empática lo que no permitió que ella pudiera ingresar en el registro de lo completamente externo y en consecuencia, él mismo como individuo independiente.

“¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre? Por lo general se ve a si mismo. El bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo o peor aún, la rigidez de sus propias defensas. ¿En ese caso que ve el bebé? Miran y no se ven a si mismos. Surgen consecuencias. Primero empieza a atrofiarse su capacidad creadora y de una u otra manera buscan alrededor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de si. Este entonces, no es un espejo. La percepción ocupa el lugar de la apercepción, el lugar de lo que habría podido ser el comienzo de un intercambio significativo con el mundo. (Winnicott, D. 1989)

Para conseguir la integración del yo el niño, en sus primeros tiempos de inmadurez debió contar con una madre que mantuviera a raya su angustia inconcebible a través de la empatía, es decir, poniéndose en lugar del bebé y dándose cuenta de lo que este necesita en el manejo general del cuerpo y por lo tanto de la persona. La angustia inconcebible tiene solo unas pocas variedades, cada una de las cuales es la clave de un aspecto del crecimiento normal.

1. Fragmentarse
2. Caer interminablemente
3. No tener ninguna relación con el cuerpo
4. No tener ninguna orientación

Estas variedades son la materia prima específica de las angustias psicóticas y que en términos clínicos corresponden a la esquizofrenia o a la emergencia de un elemento esquizoide oculto en una personalidad en otros sentido no psicótica.

Las consecuencias de un yo auxiliar deficiente pueden ser severamente mutiladoras. Una de ellas es la esquizofrenia infantil.

“Puede decirse que la protección del yo suficientemente buena proporcionada por la madre le permite a la nueva persona humana erigir una personalidad sobre la base de la pauta de una continuidad del seguir siendo. Todas las fallas generan una reacción del infante y esta reacción corta el seguir siendo. Si el reaccionar que quiebra el seguir siendo se reitera persistentemente, inicia una pauta de fragmentación del ser. El infante con una pauta de fragmentación de la línea de continuidad del ser tiene una tarea de desarrollo que casi desde el principio se inclina hacia la psicopatología.” (Winnicott, D. 1998)

2.4 La psicosis para Wilfred Bion

Este autor se ha dedicado a estudiar el proceso de pensar a través de su práctica psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos, con severos trastornos del pensamiento. Refiere que cuando estos pensamiento son expulsados aparece un vacío de ideas o de afectos que tienen que ver con una falla en la función de reverié materna, que al no soportar los estallidos proyectivos de su hijo no le permite constituirse como alguien diferenciado. (Llanos, 2007)

A su vez postula una función que permitiría que un organismo devenga una psiquis: la función alfa. Esta función opera sobre las impresiones sensoriales o emociones. Si opera con éxito genera elementos alfa que serán adecuados para ser almacenados y satisfacer requisitos de los pensamientos oníricos. Si es perturbada estas impresiones y emociones permanecen inmodificadas. Estos son los elementos beta, no son sentidos como fenómenos sino como la cosa en si misma. Estos elementos no pueden ser usados por los pensamientos oníricos pero si en la identificación proyectiva. Se almacenan pero como hechos no digeridos y no disponibles para ser pensados. (Bion, W. 1962)

La capacidad de desarrollar un aparato de pensar va a depender de que se introyecte un objeto capaz de entender la experiencia del niño y de darle sentido. Si la mamá no puede contener las identificaciones proyectivas de su hijo despoja de sentido la experiencia y a él mismo. Aparece el terror sin nombre. Al fallara la función de reverie el niño no puede constituirse como alguien diferenciado, no pueden reconocerse los propios límites (Llanos, L. 2007)

2.5 Julián de Ajuriaguerra y otros manuales diagnósticos (CFTMEA-R-2000)

Ajuriaguerra J. en su Manual de psiquiatría infantil (1996) se refiere acerca del autismo pero aclara que estas conductas son muy comunes en las psicosis infantiles. Se refiere al aislamiento como característica, esta incapacidad del niño para establecer un adecuado sistema de comunicación con su entorno. Los describe como bebés tranquilos que parecen no reaccionar ante la marcha de los padres ni ante la presencia de extraños.

En cuanto a las conductas motoras refiere una gestualidad inhabitual dada la edad: interminable juego de las manos ante los ojos, estereotipias motrices. Niños en estado de agitación. Presentan trastornos del lenguaje, su aparición se retrasa mucho, después de los 4-5 años. También se observan ecolalias caracterizadas por la repetición sistemática de la frase o palabra que acaba de oír y dificultad en la utilización de pronombres. El yo es sustituido por el tu, o por él, o por el nombre de pila. Raramente se adquiere el sí. El lenguaje no posee una verdadera función comunicativa o que al menos el placer no reside en dicha comunicación. A menudo puede constatarse el déficit intelectual. Presentan trastornos afectivos: oscilaciones rápidas del humor, crisis de angustia aguda: pueden ser espontaneas o sobrevenir de frustraciones mínimas o tras un cambio imprevisto del entorno. La angustia es masiva y comporta una ruptura en la continuidad psíquica del niño, quien probablemente experimenta entonces una vivencia de estallido o de aniquilación. Las crisis de angustia van a menudo acompañadas de crisis de agitación y manifestaciones coléricas hetero o autoagresivas. Crisis de risa próximas a la risa discordante. Crisis de cólera, intolerancia a la frustración, automutilaciones

Manifiesta el autor que la dificultad del estudio sindrómico de las psicosis infantiles estriba ciertamente en su extrema diversidad, pero sobre todo en la ambigüedad del repertorio nosográfico propio de cada autor. Si bien puede llegarse a un acuerdo más o menos coherente entre diversos autores cuando describen un comportamiento concreto, por el contrario, cuando se trata de la observación y aislamiento de un síndrome, nos hallamos ante datos totalmente dispares. Si, de acuerdo con el modelo médico tradicional, el síndrome no es más que un conjunto de conductas regularmente correlacionadas unas con otras (autismo de Kanner), en realidad suele traducir las hipótesis teóricas sustentadas por el autor. Nos hallamos, pues, enfrentados a una especie de tautología en la que unas explicaciones teóricas dan cuenta de un síndrome que ha sido aislado a partir de las premisas de dichas teorías. La psicosis simbiótica de M. Mahler es un buen ejemplo de ello. Estas consideraciones no implican que el modelo así descrito sea falso, el valor heurístico de la psicosis simbiótica justifica por sí mismo su aislamiento.

Por esto se considera una buena oportunidad para dar lugar al **CFTMEA-R-2000**, el manual de clasificación francés de las patologías mentales, el cual, a diferencia del DSM IV TR que en su capítulo de trastornos de inicio en la infancia solo incluyen, dentro de lo que llamaríamos patologías graves de la estructuración psíquica, a los trastornos generalizados del desarrollo; este incluye diferentes variantes de las psicosis y es un manual diagnóstico exclusivo de niños y adolescentes.

La 4ª Revisión de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente, desde su aparición en 1987, y en sus dos versiones siguientes, regularmente actualizadas y puestas al día, fue utilizada a diario por los clínicos, tanto en Francia como en los países francófonos y en algunos otros países extranjeros. Esta 4ª versión de la CFTMEA, destaca las especificidades de la psiquiatría francesa, pero también de establecer nuevas correspondencias con la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS/CIE 10). A diferencia de otras clasificaciones, como la que propone el DSM-IV, la clasificación francesa incluye consideraciones no sólo fenomenológicas o sintomáticas sino también psicodinámicas que dan cuenta de la estructura subjetiva del paciente.

No es una clasificación multiaxial como la del DSM 4 sino biaxial: el Eje I es un eje clínico, consagrado a categorías clínicas de base, el Eje II está consagrado a los factores asociados o previos eventualmente etiológicos. Este eje permite incorporar, bajo dos rubros distintos, de un lado los aspectos orgánicos y de otro, las condiciones ambientales que parecen necesarias para la clasificación. Pero no de manera excluyente entre ambos, sino que este dispositivo permite las concepciones matizadas donde la enfermedad orgánica, los factores relacionales y sociales pueden estar considerados dentro de una dimensión interactiva.

Esta clasificación refiere que las categorías “no son jamás definitivas y la evolución del trastorno puede conducir posteriormente a la clasificación de una categoría diferente”.

Focalizándonos en el caso de Mariano se lo podría definir como una *Disarmonía psicótica (1.03)* y como subtipo *psicosis simbiótica*. Este cuadro debe presentar las características siguientes:

- 1) Expresión manifiesta a partir de los 3 a 4 años
- 2) La sintomatología varía de un caso a otro y en un mismo niño, se modifica en el curso de su evolución. Se encuentran, entre los motivos de consulta, las manifestaciones somáticas o conductuales, la inestabilidad, las inhibiciones severas, las manifestaciones fóbicas, histéricas u obsesivas, y las disarmonías en la aparición del lenguaje y de la psicomotricidad sin que el déficit intelectual evaluado por los test ocupe un lugar central, al menos en el periodo inicial. Los fracasos en la escolaridad son frecuentes.
- 3) Detrás de esta sintomatología variable, los rasgos y los mecanismos de la línea psicótica constituyen un elemento común.
 - Amenaza de ruptura con la realidad, ausencia o mala organización del sentimiento de sí mismo y de las relaciones con la realidad.
 - Tendencia al desbordamiento del pensamiento por afectos y representaciones de una extrema crudeza
 - Expresión directa de los impulsos en conductas actuadoras, en los fantasmas y en ciertos fenómenos de somatización

-

- Las angustias son de diversos tipos: de aniquilación, depresivas y de separación y algunas veces ataques de pánico
 - Predominio de una reacción diádica con incapacidad de acceso a los conflictos y a los modos de identificación más evolucionados
- 4) A pesar de estos rasgos y mecanismos propios de la psicosis, las capacidades de adaptación y de control aseguran frecuentemente una protección contra los riesgos de desorganización.

CAPITULO 3

LOS TIEMPOS PREVIOS A LAS INTERVENCIONES PSICOANALITICAS: Análisis de cómo los acontecimientos se fueron sucediendo dando cuenta del cuadro actual

3.1 La relación de pareja y la noticia del embarazo

Tarea muy compleja ha sido recabar información de esta etapa previa al nacimiento de Mariano ya que su madre, único referente posible en el marco del tratamiento del niño, que lleva hoy una duración de más de 5 años, siempre ha sido muy hermética al respecto y lo más asombroso es que con total sinceridad decía que “no recordaba”.

Cuando Yanina tenía 18 años se traslada a la ciudad de La Plata para comenzar la universidad. Oriunda de una ciudad que dista de esta 100 km. La mayor de 3 hermanos. Sus padres se separan años después.

Al poco tiempo comienza una relación con Esteban de su misma edad y a quien ya conocía de su ciudad de origen. No puede especificar exactamente cuánto tiempo después queda embarazada, habría sido 2 o 3 meses más tarde. No se habrían presentado dificultades, según refirió, en la relación hasta ese momento.

Un día, la madre de Yanina va a visitarla y la acompaña a hacerse una ecografía. Luego se desata una pelea con Esteban muy violenta que ella no recuerda el motivo y él la agrede físicamente frente a su madre. Este fue el primer evento de dificultades que ella recuerda de su relación.

Un corto tiempo después sus padres no lograban comunicarse telefónicamente con ella por lo que deciden viajar a La Plata y se encuentran con que Esteban la mantenía encerrada en su departamento, según manifestó Yanina. Ahí los padres habrían decidido traerla de vuelta con ellos a la casa familiar cuando se encontraba cursando su cuarto mes de embarazo. Esa fue la última vez que tuvo contacto con Esteban, si bien él también meses después volvió a la ciudad natal que por ser muy pequeña hace que se crucen al día de hoy con frecuencia.

Yanina casi no recuerda esa época de su vida, no puede argumentar como fue su relación más allá del desenlace, que características tenía Esteban, y siempre se resistió a ver algún rasgo de él en Mariano. Sepultó esa parte de su historia y de la historia de su hijo llegando incluso a dar la sensación de que su hijo hubiera sido producto exclusivo de su creación.

3.2 El deseo de hijo y la maternidad

Resultó interesante analizar este punto, ya que la constitución subjetiva de un individuo podría empezar a pensarse desde el deseo de tener un hijo, o quizás la ausencia del mismo.

Ya desde pequeña la niña se identifica con la madre como ideal en su función de cuidado, de vitalidad y apego. ¿Qué tipo de vínculo habrá transitado Yanina con respecto a su propia madre? Tema inabordable desde los espacios del tratamiento de su hijo y también desde su análisis personal. De eso no se habla, de eso no hay recuerdos, al igual que los primeros tiempos de Mariano, no hay registro de lo acontecido en términos de vínculos, recuerdos, improntas establecidas. (Rugna de Connolly, A. 2004).

Mariano irrumpe, invade, no se lo planificó para nada. Una vez que ya estaba allí, gestándose, cabe preguntarse si se estaba ante un deseo de hijo o un deseo de maternidad. No serían conceptos equiparables. Deseo narcisista de ser madre por parte de Yanina, que luego se evidenciará a lo largo del trabajo, en un constante ignorar a su hijo en cuanto a sus potencialidades y a su individualidad. Deseo de ese rol, socialmente sobrevalorado sin importar el otro en esta obtención del título. Dice Silvia Tubert en Rugna de Connolly, 2004: "Por el contrato, el deseo de maternidad correspondería a la exigencia de fusión con el Yo Ideal formado a partir de las identificaciones primarias, fusión que conduciría a restituir la posición narcisista de la niña, en la que aún no se reconocía como diferenciada de la madre. De manera esquemática podemos decir que el deseo de hijo, puesto que supone el reconocimiento de la castración se despliega predominantemente en una dimensión

simbólica, en tanto que el deseo de maternidad corresponde fundamentalmente a una dimensión imaginaria”.

El deseo de hijo implicaría una capacidad de donar, de reparar propios traumas, y de desplegar logros para transmitirle a la nueva generación la posibilidad de trascendencia frente a lo inevitable de la muerte.

Es sabido que no solo una madre desea un hijo, también un padre. Padre en este caso que desaparece y se lo hace desaparecer. No solo físicamente sino desde el discurso, desde el relato y desde lo simbólico. Mariano solo fue concebido por su madre. Esto es lo que ella le trasmite y lo que incluso ha llegado a creer. Mariano es solo patrimonio de los D...(apellido materno). Situaciones edípicas no elaboradas donde el niño es visto como el producto de la unión prohibida con el padre (abuelo materno). La entrada en funciones de lo primario es la consecuencia del reconocimiento que se impone a la psique de las presencia de otro cuerpo y de otro espacio separado del propio. Este reconocimiento no es compatible con el postulado del autoengendramiento característico de lo originario. Reconocimiento impuesto por la experiencia de la ausencia y el retorno. (Aulagnier P. 1975)

Piera Aulagnier (1975) plantea que en la madre del esquizofrénico no existiría un deseo de hijo sino un deseo de maternidad, como se planteó. Existe una prohibición que afecta toda interrogación del niño acerca del origen de su vida, ya que para la madre el yo de Mariano no es un yo. Y es en esta fusión que se extremó y rigidizó desde los comienzos que se comienza a desandar el complejo proceso de constitución del aparato psíquico de este niño.

Si el vínculo amoroso entre madre e hijo se prolonga hasta que el padre, objeto identificatorio hasta entonces, lo interrumpe, transformándose en rival...que sucede cuando el tercero, ni ningún tercero aparece? ¿Cómo se instala el trauma que haga declinar el complejo de Edipo? ¿Qué pasa entonces con la constitución del super yo? (Neves y Hasson, 1994)

“La conquista psíquica que privilegia el pensar como superación del percibir permite inferir que uno nace de padre y no tan solo de madre”. (Neves y Hasson, 1994)

3.3 Mariano ya nació ¿ya nació Mariano?

Como se viene comentando no hay casi información de los tiempos anteriores del niño antes de su llegada al tratamiento psicológico. Nació sin dificultades y todo transcurrió con aparente normalidad según refiere su madre. Era un niño tranquilo. Amamantado hasta sus 5 años. Dormían juntos en la misma cama de una plaza. Sin muchas vida social más que la familiar. Si bien era un bebé tranquilo ella no lo dejaba jamás sin la supervisión de su mirada. Si iba a la cocina, lo llevaba con ella, así el niño durmiera, lo levantaba, lo colocaba en su cochecito y lo colocaba a su lado a pesar de que en la casa vivían otras personas que podían cuidar de él. Incluso lo hacía para ir al baño. Parecían estar unidos por un hilo invisible que arrastraba a Mariano detrás de ella.

La pediatra nunca le hizo una marcación de que algo no se estuviera dando de manera adecuada, por lo menos hasta los 2 años que es cuando los controles de salud y la recurrencia de enfermedades es más frecuente en los niños.

Vivían todos juntos, abuelos y dos tíos maternos. Cuando el niño tenía 5 años los padres de Yanina se separan y quedan los hermanos viviendo en la casa familiar.

Desafortunadamente el niño comienza su escolarización recién a los 4 años en un colegio religioso sin equipo técnico en su haber. Es por esto que recién cuando comienza su sala de 5 que citan a la madre para comunicarle que creían que con Mariano algo no andaba bien. Nunca registro demasiado que se separaba de su madre ni tampoco se anticipaba a la hora de salida ni corría a su encuentro.

Es así que consulta con su pediatra y es derivada al servicio de neurología del hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata. Le realizan estudios por imágenes que arrojaron resultados normales. De allí se lo deriva a tratamiento fonoaudiológico

y a una psicóloga que allí se especializa en trastornos generalizados del desarrollo. Esta licenciada luego de evaluarlo recomienda tratamiento psicológico en su ciudad. Como el niño aun no tenía 6 años todos los informes informaban un “retraso madurativo”. Es así que llega a las dos terapéuticas que sostiene hasta la actualidad a la que más adelante se le sumará la psiquiatría infantil: tratamiento psicológico y fonoaudiológico.

Esto remite a lo que S.Bleichmar plantea en su libro “La fundación de lo inconsciente” (1993) cuando expresa la cantidad de niños que son recibidos como retrasos madurativos que luego despliegan una psicosis franca que por llegar tarde a nuestros consultorios se torna difícil recomponer una estructuración que no solo ha tenido fallas iniciales, sino que ha logrado “soldar espontáneamente” bajo modos psicóticos difícilmente franqueables y previamente tratados muchas veces e manera parcial por múltiples dispositivos que lo único que hacen es fragmentar lo poco e sujeto que había en diversas “funciones”.

3.4 Su constitución subjetiva

Se expondrá como se piensa ha venido dándose este proceso en Mariano ilustrando así aún más su historia y particularidades.

Cuando se abordan los primerísimos tiempos de la constitución psíquica, estos tiempos, concebidos como tales, abren la posibilidad de proseguir las vicisitudes de la instalación de un aparato psíquico y de abordar tanto sus movimientos como las fallas de su estructuración. (Bleichmar S., 1994)

Pensando en sus primeros tiempos de vida, cuando era un recién nacido, cuando era necesario que la tendencia a la descarga admitiera un mínimo de tensión compatible con la vida, postergaciones a la satisfacción para transformar el afecto en no desbordante y así otorgar complejización al aparato a través de la transformación de la voluptuosidad por la captación de la ternura materna vía empática (Neves y Hasson, 1994). Madre que aporta el ritmo exterior que permite la creación de la zona erógena (oral primaria) pero respetando el ritmo propio de las

necesidades del niño para inscribir así las huellas mnémicas (vivencia de satisfacción) que irán dejando un plus, una ganancia de placer que vaya complejizando el aparato permitiendo los primeros registros del principio de placer (Neves y Hasson, 1994). Aquí nos encontramos con una mamá que desborda con sus intrusiones ignorando las necesidades del niño, erogoneizándolo en demasía, en exceso. Colocada en ese lugar irremplazable del sujeto que da vida y que dispensa todo lo necesario obturando así la actividad de pensar en Mariano (Aulagnier P. 1975)

Algo del orden de una intromisión exterior, cuya particularidad es su proveniencia de otro humano sexuado, hará que el objeto autoconservativo sea ofrecido en su carácter de objeto pulsante, produciendo una inscripción; esta inscripción operará a partir de allí como fuente constante de pulsación interna en el sujeto, quebrando así el principio de inercia neuronal y obligando a un trabajo psíquico que será motor del progreso del pensamiento. El niño va a la búsqueda de la satisfacción de la necesidad y se encuentra con el deseo del otro. El otro humano no es neutro, es deseante, sexualizado. Para que haya pensamiento tiene que haber excedente; y excedente quiere decir algo que no se reduce a la leche, algo que no se reduce a la satisfacción de la necesidad natural. Este excedente en Yanina tenía que ver con la labilidad de sus estados emocionales, la posesión obsesiva de este niño y la cantidad abrumadora de atención y cuidados inadecuados que propiciaba. Con todos sus sistemas simbólicos y sexuales en actividad, lo parasitó. (Bleichmar S. 1993)

El discurso materno es el agente y el responsable del efecto de anticipación impuesta de quien se espera una respuesta que no puede proporcionar (violencia primaria). (Aulagnier P., 1975)

Entonces estamos ante una falla en la represión originaria que no permite la constitución del yo lo que no permite abrir curso a los procesos secundarios y la lógica de la negación, la temporalidad y el tercero excluido. "El inconsciente es el reservorio libidinal del interés por el mundo humano. Pero para que la realidad pueda ser capturada es necesario que afecto y representación se disocien para que

el mundo sea captable más allá de su inmediatez. Esto no es posible del lado del inconsciente ya que solo se conoce a si mismo, no diferencia el mundo de la representación, lo interno de lo externo. Se caracteriza por la ausencia de sujeto. Para esto es necesario la aparición de los procesos secundarios, de inhibición, de contrainvestimento” (Bleichmar S., 2008)

Porque además de inconsciente, la madre, tiene preconscious, tiene un yo, y mientras acuna al niño, mientras le da de comer, le habla, le dice cosas y la vista del niño va entonces recreando un objeto que además tiene una característica, la de estar impregnado de la voz de la madre, lo cual se convierte en el elemento distal que posibilita la recreación de su presencia sin cuerpo en juego. Esto es central para la problemática del lenguaje; la voz del otro ocupa una función de recrear su presencia sin el sensorio corporal excitable. Yanina solo sabe hablarle a Mariano desde el cuerpo a cuerpo, no hay distancia que permita la instalación de esta voz materna como elemento ligador y sublimatorio ya que tiene ese rasgo singular de ser algo que no se implanta por las zonas erógenas de intercambio sino que acompaña todo intercambio, y en razón de ello deviene elemento segundo que viene a abrir las primeras posibilidades sublimatorias de ligazones colaterales. (segundo prerrequisito del proceso de constitución de la inteligencia, la sublimación, el primero el autoerotismo). Pero para que todo este proceso se hubiera dado de manera adecuada Mariano debería haber contado con una madre con un yo ligador, cuestión imposible de pensar en Yanina. (Bleichmar, S. 1993)

Las primeras inscripciones no son inconscientes ni preconscious porque la diferenciación entre inconsciente y preconscious es efecto de una segregación operada por la represión originaria. (Bleichmar, S. 1993)

Suponiendo que Mariano hubiera nacido con un gran potencial de conexión con el mundo pero al toparse con una madre psicótica, no continente, intrusiva, no ligadora que incrementa constantemente los circuitos excitatorios, la constitución de su aparato psíquico se realiza de manera fallida obturando su posibilidad de constituirse en un ser humano inteligente, creativo. (Bleichmar S., 1993)

“Prerrequisito del lado del otro humano, llamado generalmente madre, para que estas articulaciones puedan instalarse: la presencia del preconscious en el interior del cual la instancia yoica de curso a una operatoria regida por la inclusión y exclusión, por la lógica del tercero excluido, que solo puede ser concebida desde un sujeto adulto que sabe que el niño no es un apéndice de sí mismo, sino otro diferenciado. La madre debe poseer esta categorización de la realidad intersubjetiva que le permita identificar al niño, identificarse con él, y al mismo tiempo reconocerlo en su carácter de sujeto. (represión secundaria).” (Bleichmar S., 1993) Todas estas cuestiones son imposibles de hallar en madres con un estructuración psicótica como Yanina y ante una ausencia total de padre y e otros referentes familiares adultos.

“Sos un ser humano” enunciado ausente desde la madre, ser humano es ser otro, es no ser un pedazo de si misma, es no ser un apéndice sin autonomía. La ausencia de este enunciado sería el principal motor del fracaso del proceso de constitución subjetiva de este niño y ela mayoría de los psicóticos, por esto a lo que se apunta es a una fundación psíquica. (Bleichmar S., 1993)

Yanina amamantó a Mariano hasta los 5 años. Pecho que no solo alimentaba sino que irrumpía una y otra vez como objeto sexual traumático excitante, pulsante. Remanente excitatorio, producto de ese encuentro, que no encontró una vía de descarga por medio de un investimento colateral de representaciones (vías de facilitación conexas), dejando a Mariano sometido al traumatismo constante, al dolor reactivo del cual la fuga está impedida. La libido desligada, intrusiva, que penetra, para ser ligada de inicio por vías colaterales tiene que ser recogida mediante el narcisismo estructurante de un vínculo amoroso. (Bleichmar S., 1993)

“Los bracitos se interpondrán en forma obstaculizante, las piernas colgaran para cualquier lado, la cabeza no encajará en el hueco del brazo. No habrá caricias ni sostén de la mano materna que permita la constitución de “investimientos colaterales”. La energía desencadenada, traumáticamente desencadenada, no encontrara vías dentro del principio de placer para derivarse. Estaremos en un más acá del principio de placer, derivación lineal de las cantidades que ingresan , al modo de una irrupción displaciente masiva sin posibilidad de regulación...La voracidad será entonces un efecto, no un a priori—como ciertos desarrollos pos-

freudianos parecerían propiciar--, y esta voracidad es la que veremos reaparecer, luego como “ punto de fijación “, es decir, como exceso de investimento que insiste, de modo no ligado, en las patologías más severas no solo de la infancia sino de la edad adulta.” (Bleichmar S., 1993)

Todas estas particularidades en el desarrollo psíquico de Mariano fruto de la crianza de una madre con características psicóticas se vio particularmente mas perturbado al carecer totalmente de figura paterna, mas puntualmente, la ausencia del deseo del padre, ya que este es el último factor que permite que el espacio exterior a la psique se organice de modo tal que el funcionamiento del yo sea posible o que lo obstaculice. Ese otro lugar deseado por la madre es el que representa el padre en la escena, y es ese deseo el que le confiere su poder, en una segunda fase, por el contrario, el padre ocupa el lugar de quien tiene derecho a decretar lo que el hijo puede ofrecer a la madre como placer y lo que le está prohibido proponer debido a que él desea a la madre y se presenta como el agente de su goce y de su legitimidad. (Aulagnier P., 1975).

“La confrontación del niño con el discurso del padre y en general, con el discurso del conjunto, en la que una instancia que no es el padre puede desempeñar el papel de mediador, le revela que lo que él pensaba acerca de su relación con la madre y acerca de la relación de la madre con él era ficticio. Se encuentra así en la posición de un usurpador que ignoraba, no solo que ocupaba un lugar al que no tenía derecho, sino, lo que es más grave, que él era el único que lo consideraba propio. El discurso parental, y, a través de sus voces, el de los otros, lo ubicaba en otro lugar, en ese lugar en el que aun no estaba. La castración puede definirse como el descubrimiento en el registro identificador de que nunca se ha ocupado el lugar considerado como propio y de que, por el contrario, se suponía que uno ocupaba un lugar en el que no se podía aun ser. (Aulagnier P., 1975)”

Pulsión que solo conoce la búsqueda de la descarga ya que no se le ha permitió ninguno de sus cuatro destinos : vuelta contra la persona propia, transformación en lo contrario, represión y sublimación, impidiendo así esta descarga y la complejización el aparato al no fijar representantes pulsionales al inconsciente. (Bleichmar S., 1993)

“La transformación en lo contrario y la vuelta contra la persona propia como precursores de la represión originaria. Asentamos la hipótesis de que ambos mecanismos de defensa son estructurantes del aparato psíquico, y que su aparición marca el primer tiempo de la represión originaria, represión fundante del inconsciente, y la diferenciación entre los sistemas inconsciente y pre-consciente-consciente.” (Bleichmar S., 1993)

CAPITULO 4

“Del destino posible de la construcción del aparato psíquico a la luz de intervenciones tempranas”

4.1 Los avatares del tratamiento a lo largos de los años

Un punto crucial a la hora de trabajar con Mariano fue comprender la importancia que tiene la relación entre la mamá y el niño en los casos de psicosis infantil. Esto fue lo que hizo que las intervenciones a realizar con Yanina hayan tenido que ser siempre con extrema cautela ya que cada nuevo logro de Mariano era una crisis para ella. Si bien en los primeros tiempos Yanina se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico luego por mudanza de su psicóloga fue interrumpido y nunca más accedió a iniciar otra terapéutica, quedando muchas veces el espacio de Mariano invadido por sus desbordes. Mi rol como psicoanalista de su hijo fue cobrando cada vez más importancia en la vida de Yanina quien rápidamente se pone en contacto conmigo cada vez que algo la preocupa o acontece. Esto se cree que pudo ir oficiando de “filtro” a los estados desbordantes en Yanina para que tuvieran un menor impacto en la psiquis de su hijo.

“En los casos en los que los padres inconscientemente identifican al niño psicótico con su propio hermano o padre o, en particular con su propia personalidad psicótica negada, el tratamiento del niño no puede tener éxito. Tales padres no pueden tolerar que el niño mejore, la mejora amenaza alterar su propio precario equilibrio. Solo puede mantener el equilibrio o la cordura a costa del hijo psicótico (Sperling M. 1993)”. Yanina se va descompensando cada vez que Mariano mejora. Ha llegado a tener los síntomas de embarazo sin estarlo. Quizás un intento de mantener dentro de sí lo que de manera muy tenue se le iba escapando.

Mariano está entrando en la pubertad, esto enloquece a su madre ya que refiere que lo ve “lejano”, “ajeno”, que ya no la necesita tanto como antes y esto la angustia sobremanera. Refiere con tono desesperado “¡por favor ayudame a que no crezca más!”

M. Sperling (1993) considera que si no se trata a la madre, no solo no se puede influir en la conducta del niño de modo básico, sino que no puede comprendérsela plenamente, pues en estos casos está desarrollando el acting out de los deseos y necesidades inconscientes de la madre como respuesta a ellos, mientras que el método de observación solo se centra en las actitudes manifiestas de la madre y su hijo.

“En el tratamiento psicoanalítico simultáneo de las madres y sus hijos psicóticos, descubrí que la actitud del niño se justifica plenamente en la mayor parte de los casos en lo que a la realidad psíquica de la relación entre madre e hijo se refiere”. (Sperling, M. 1993)

Continúa la autora expresando que el tratamiento de estos niños es intenso y muy vulnerable, y es necesario defenderlo a toda costa. El peligro de tratar de quebrantarlo como las madres de los niños psicóticos lo hacen, radica en acrecentar la regresión y las rupturas con la realidad, el niño puede sumirse en un comportamiento psicótico.

“El terapeuta debe intentar fortalecer el yo del niño poniéndole límite en la expectativa de que habrá de respetar algunos de ellos, de ese modo se diferencia de la madre, que no le pone límites en absoluto o se los pone de manera ambivalente (Sperling M, 1993)”.

El psiquismo es siempre una estructura abierta (en el sentido que no es pensable en un sujeto sin contexto) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño. Entonces, un niño cuyo malestar nos convoca implica siempre a muchos otros. (Janin B., 1995)

Lo que me importa destacar es: 1) la singularidad de cada caso; 2) el que las psicosis infantiles son trastornos en la estructuración del psiquismo; 3) que las causas no son unívocas; 4) que los momentos tempranos de la estructuración psíquica van a estar en juego; 5) la defensa primaria y el no-registro del afecto como cuestiones claves; 6) que son tratables psicoanalíticamente y 7) que las intervenciones del analista, en estos casos, son estructura n t e s . (Janin B., 1995)

Dentro del trabajo psicoanalítico que se viene llevando a cabo se ha venido intentando dar espacio a las producciones bizarras y alucinatorias de Mariano, ayudándolo a diferenciar fantasía de realidad, elaborando tanto en el juego como en el dibujo los terrores que lo invaden. Contenerlo, historizarlo, introducirlo en una trama temporal limitando lo que desborda, lo que irrumpe, siendo empática, sosteniendo el espacio e incluyendo a la madre en este proceso, escuchando su sufrimiento, ayudándola a diferenciarse de Mariano y a registrarlo como una persona con deseo propio, que siente e intentando sacarlo de ese lugar de excesiva violencia primaria. (Janin B., 1995)

Con esto se desea plantear a la teoría psicoanalítica como la que nos brinda herramientas para trabajar con niños severamente perturbados.

4.2 Mariano hoy y su pronóstico

Todos los que trabajamos en este campo estamos de acuerdo con que un factor muy importante para evaluar la capacidad de acceso al tratamiento de un niño psicótico es su capacidad de catectizar objetos, es decir, su capacidad de establecer alguna relación de objeto con el terapeuta. Es también un hecho perfectamente conocido que esta capacidad está dañada en grado diverso en con psicosis. Desde este punto de vista, el pronóstico para el niño autista se consideraría más desfavorable que para el simbiótico. Sin embargo, no es este siempre el caso que se da en el trabajo clínico. La adhesión del niño simbiótico es en algunos casos una cobertura defensiva de una relación de objeto muy defectuosa (Sperling M., 1993)

Dada la diversidad semiológica, las divergencias psicopatológicas y la multiplicidad de hipótesis etiopatogénicas, no debe extrañarnos la gran variedad evolutiva de las psicosis infantiles.

- Evolución hacia la debilidad profunda o severa
- Evolución centrada en el autismo
- Mejora parcial con evolución de la sintomatología:

1. Hacia conductas mentalizadas de tipo fóbico o sobre todo obsesivas mas o menos paralizadoras. Constituyen la expresión de las tentativas de enquistamiento y de control interno por parte del sujeto de la amenaza de estallido.

2. O bien una aparición de trastornos mayores del comportamiento, tipo caracterial grave o psicótico. Expresan la tentativa de proyectas al exterior las mismas pulsiones destructoras.

En estas últimas formas, la crisis de la adolescencia aparece especialmente difícil. No obstante, dada la reelaboración pulsional que suscita, constituyen una posible ocasión de cambio. No es raro que la adaptación y tolerancia reciprocas entre el niño y su medio familiar se rompan entonces bruscamente. Señalemos específicamente las frecuentes descompensaciones en la adolescencia del equilibrio instaurado entre madre e hijo en las psicosis de tipo simbiótico. Entonces aparece violencia, agresividad directa contra la madre, conductas sexuales desbocadas, que a menudo patentizan la casi incestuosa relación anterior, hasta entonces inadvertida. Los episodios psicóticos del tipo bouffee delirante son también frecuentes. En algunos casos, esta evolución temporalmente caótica permite la reelaboración de la organización fantásica y cierta liberación en relación con el proceso psicótico, abocando a unos estados cicatriciales que permiten cierta vida social al precio de una discreta extravagancia (Sperling, M. 1993)

Esta autora plantea como factores de pronóstico desfavorable la precocidad en la aparición de los trastornos y la calidad de la familia: la existencia de patología psiquiátrica materna, padres separados o ausentes y especialmente la carencia de sostén maternal son factores de mal pronóstico.

Mariano en el inicio estableció un vínculo terapéutico masivo y desorganizado. Esto fue mejorando a lo largo de los años al punto que en la actualidad respeta el encuadre de las sesiones, acepta las propuestas de trabajo, me pregunta como estoy, saluda cuando entra y cuando se va. Espera en la sala de manera tranquila pero actualmente está obsesionado con las publicidades de mujeres de ropa interior de las revistas (está pronto a cumplir 11 años y su pubertad está en marcha). Su

lenguaje ha mejorado mucho y cuenta con espontaneidad para dialogar. Hoy en día presenta el ritual de estirarse las medias al punto de que las tiene todas rotas. Hasta hace poco simulaba ser “señor cara de papa” y hacía constantemente el movimiento de girarse las orejas con las manos. Ama dibujar y tiene gran talento para esto. La evolución en sus dibujos ha sido notable. Expresa con mucha frecuencia sus deseos y voluntades e insiste para que su madre los lleve a cabo.

Caminar, hablar, manipular objetos, muestran efectos de la separación y a la vez el deseo de anularla. Evidencian la constitución de la representación de si y del otro, esbozos de representaciones preconscientes, un cierto grado de escisión ello-yo, de fractura narcisística. Si bien nos encontramos con un narcisismo materno que borraba diferencias, quebraba distancias, hacía por él y se le prohibía el movimiento, hablaba por él y lo ubicaba como objeto a ser tocado y mirado, algo de empezar a pensarlo como un ser independiente se ha venido constituyendo. (Janin B., 1995)

Cuando su madre “intrusiona” su espacio terapéutico se altera: comienza a escribir el en aire, se come la plastilina, cuestiones que jamás hace estando en sesión a solas. A Yanina cuesta ponerle límites, tiene un vínculo muy dependiente conmigo pero en la actualidad lleva a cabo las recomendaciones, por ejemplo, permitirle que Mariano haga viajes escolares, que se traslade de escuela a escuela en el transporte escolar (actualmente cursa proyecto de integración en escuela pública común y escuela de educación especial ya que es la única opción a nivel local). Una cuestión crucial en la actualidad es que, por primera vez Yanina accedió a tener un empleo. Siempre ponía excusas, vivía de el dinero que le pasaban sus padres a pesar de tener 30 años y de una pensión que logró tramitar como madre soltera.

Mariano se encuentra siempre bastante estable en su cuadro y con pequeños avances constantemente, nunca ha tenido un retroceso, a pesar de que el estado de su madre a nivel psíquico es muy inestable. Recientemente debió ser hospitalizada porque perdió embarazo de casi 4 meses y ella refirió que no sabía que estaba embarazada. Jamás habla de parejas, ella siempre está sola a nivel amoroso. Esto hizo que Yanina se sintiera muy culpable y estuvo durante largo tiempo diciendo que

“su cuerpo no era el de ella”, que “no se reconocía”, refiriéndose a los cambios que percibía en su cuerpo a raíz de la pérdida del embarazo.

Actualmente la desespera el paso del tiempo y el crecimiento de su hijo, esto la remite a observarse a sí misma y a plantearse cuanto ha avanzado Mariano y “yo estoy siempre en el mismo lugar”.

Con respecto a las variables de pronóstico el caso de Mariano ha sido muy precoz por lo que las secuelas a nivel de su aparato psíquico son severas si bien el niño de hoy nada tiene que ver con esa especie de “animalito” que llegó a la consulta que mordía y orinaba en el suelo. Y en cuanto al ámbito familiar hace menos de un año el hermano conviviente de Yanina de unos 25 años hizo varios episodios de psicosis con alucinaciones visuales e intentos de suicidio. Ella era la encargada de cuidarlo y “controlarlo” ya que su otra hermana tiene su propia familia y sus padres nunca se han hecho demasiado cargo de sus hijos salvo para contradecir las indicaciones terapéuticas. Con respecto a la hermana menor de Yanina esta vivió en la casa familiar hasta que su hijo mayor tuvo cerca de 2 años. La madre de Mariano venía horrorizada a las sesiones y relataba por ejemplo como su hermana dejaba al bebé durmiendo en la cuna para lavar ropa en el lavadero. Esto en su momento sirvió de disparador y le permitió a Yanina repensarse en su rol materno.

El futuro de Mariano se presenta complicado. Con respecto a las opciones de evolución planteadas más arriba se cree que estaría más cerca de una mejora parcial con evolución de la sintomatología quizás a obsesiones más marcadas, bizarrías en su comportamiento y rasgos más esquizoides. La variable familiar se considera de vital importancia y es sobre la cual no se pueden hacer demasiadas predicciones. Sería favorable si Yanina rehiciera su vida de pareja con alguien que pudiera marcar un corte a sus intrusiones a Mariano. También que quizás pueda tener a raya las “invasiones” de la familia materna.

4.3 Las intervenciones tempranas: Clínica de la primera infancia

“Desde los estudios acerca del desarrollo de niños encontrados en estado salvaje como el caso Víctor, en París, del siglo XVIII, hasta las investigaciones de René

Spitz sobre el hospitalismo, quedo expuesto que el cachorro humano, aun si sobrevive físicamente al abandono, detiene su desarrollo si no es alojado en un vinculo afectico significativo con el adulto que lo toma a su cargo". (Schejtman C., 2003).

No solo la madre es necesaria también un padre que se interponga e instaure el tabú del incesto, prohibiéndole al niño la vinculación erótica con la madre y a la madre reintegrar su producto y mantener al niño en una posición fálica. Lacan ubica la intervención del padre como inscripción del significante del nombre del padre que da lugar a la metáfora paterna. Toma el concepto de metáfora como la sustitución de un significado por otro. Es a partir de la prohibición impuesta por el padre que el niño puede adquirir la capacidad de sustituir un deseo por otro, es decir, renuncia a la madre fálica omnipotente y a su propia posición exclusiva de falo, adquiriendo así la capacidad de sustituir objetos de deseo y entrar en ecuaciones simbólicas. Lacan (1957) agrega que la función paterna se instituye si el padre es capaz de hacerse preferir a la madre, es decir, debe existir un vínculo de deseo erótico entre ellos y desplazar así al niño de su posición de falo. (Schejtman C., 2003).

Aquí estamos ante no que de manera fallida y completamente tergiversada tuvo lugar en la vida de Mariano y cuan diferente podría haber sido su historia si se hubiera podido intervenir en estos tiempos precoces.

"Hay una urgencia cuando trabajamos con niños, que es la urgencia de un niño en crecimiento que nos convoca y frente a esto el tiempo es fundamental. Hay una urgencia dada por el sufrimiento de un niño que nos impone trabajar del mejor modo para paliar ese dolor. Hay también una urgencia dada porque sabemos que trabajamos sobre una historia que se está escribiendo. Urgencias que tienen que ver con el niño mismo. Y que nos exigen afinar nuestras intervenciones, comprometernos con la cura y poner en juego nuestro deseo de curar". (Janin B., 2003)

Y cuando hablamos de urgencia no solo nos referimos al compromiso con el tratamiento sino a la precocidad que debería tener el mismo.

Al hablar de intervenciones tempranas nos referimos a un psiquismo temprano que remite a un bebe humano nace en un estado de inmadurez tanto psíquica como biológica que lo lleva a requerir de otro sujeto maduro para la continuidad de su existencia somato-psíquica. Esto se dará en el marco de un vínculo temprano que se refiere a un implícito que incluye la dimensión de lo vincular en la construcción del aparato psíquico humano, es decir, díada interactuante en una experiencia de mutualidad de los comienzos de la existencia psíquica. (Morici S., 2009)

“Sin embargo esta experiencia de mutualidad implica una paradoja, ya que en realidad se genera en un plano asimétrico. Es decir, que cuando se afirma que la relación madre-bebe es exclusiva, mutua y especial, también se está señalando que tiene una significación muy diferente para el niño y el adulto. Para el niño la relación con la madre es lo que garantiza su desarrollo psicológico y físico posibilitándole su ingreso a la cultura. Para la madre, la relación tiene una calidad de exclusividad y mutualidad pero solo con respecto a su bebe ya que ella forma parte de la cultura y esta inmersa en un mundo de diversas configuraciones vinculares, que le representaran distintos grados de sujeción intersubjetivos”. (Morici S.,2008)

Esto habla de una alienación en la subjetividad materna necesaria para el infante humano para alcanzar su calidad de sujeto. Alienación provisoria, hasta la promoción por parte de la función materna del movimiento de la separación y por ende de desalienación. Cuestión que no se constituyó en el vínculo Yanina-Mariano y que se vino a instaurar desde su tratamiento psicoanalítico, pero a sus 6 años de edad, cuando ya llevaba largo tiempo capturado por esta madre alienante. Madre que aporta a esta díada su estructura psicótica de la personalidad, su complejo atravesamiento por el Edipo, su deseo de maternidad más que de hijo y su incapacidad de sostener la inmadurez somatopsíquica de su hijo ya que su objetivo siempre ha sido la realización de su deseo, sin búsqueda de adecuación a la demanda biológica del niño, lo que implica una perversión de la función materna ya que en el lugar donde debería haber estado la preocupación materna primaria se subvirtió la función, ubicando al niño en lugar de objeto de sus pulsiones sin reconocer a Mariano como sujeto. (Morici S., 2008)

Aquí también entra en juego el concepto de representaciones maternas ya que el estudio del mundo representacional materno es uno de los pilares del trabajo clínico, y de investigación en el campo de la primera infancia, en la medida en que este se plantea el objetivo de arribar a una mejor comprensión de la experiencia subjetiva de la madre dentro del vínculo con el bebé. (Duhalde C., 2002)

Serge Lebovici (1983, 1989) introdujo la noción de *interacciones fantasmáticas* con la que él también subraya la incidencia de los conflictos atravesados por los padres en su vida psíquica pasada y sobre el vínculo actual con el bebé. Señala que estos conflictos –básicamente configurados en torno al posicionamiento de los sujetos respecto de la triangulación edípica y sus vicisitudes– se transmiten de generación en generación a través del *mandato transgeneracional* y se instalan así en la dinámica de las interacciones padres-bebé.

Interesante y fructífero se podría pensar que hubiera sido poder intervenir precozmente ante estos excesos vinculares, excesos que dan cuenta de que no todo va bien, en el desarrollo emocional del niño, dirigiendo la mirada a la calidad vincular parental predominante para detectar lo que estaría afectando el desarrollo hacia la salud del bebe. Hacer de esta modalidad disfuncional algo momentáneo permitiendo así luchar contra la gravedad del cuadro para generar nuevas inscripciones. (Morici S., 2009)

Aquí es donde entra en juego el observador privilegiado de la relación madre bebé: el pediatra, ya que es quien tiene la posibilidad de estar en el lugar y momento en que se producen los primeros intercambios entre ellos, momentos iniciales del armado del vínculo temprano. Esta presencia también le permite intervenir precozmente en la prevención de patologías. “Un pediatra que tiene la posibilidad de detectar estas señales enriquecerá su práctica, ampliara su semiología y por lo tanto su capacidad diagnóstica”. (Morici S., 2008)

CONCLUSIONES

Como se planteaba al inicio del trabajo, colgar un cartel es muy distinto a pensar un posible diagnóstico a los fines de pensar el camino de la cura concibiendo al psiquismo como estructura abierta y dinámica no independiente de su entorno.

“Entonces, diagnosticar es otra cosa que rotular de acuerdo con lo manifiesto. Para llegar a un diagnóstico hay que escuchar, observar, analizar, a través de todos los elementos que tengamos a nuestro alcance, para poder ubicar cuales son los conflictos predominantes, si estos son intrapsíquicos o intersubjetivos, como se da la repetición de ellos, que deseos y de quienes están en juego, que defensas predominan”. (Janin B. 2007)

En la casuística recorrida, afortunadamente nada de esto pasó con Mariano. Pudo ser siempre pensado como sujeto en permanente devenir, escuchando constantemente sus deseos, temores y sufrimientos que, en un inicio, no eran más que los deseos, temores y sufrimientos de su madre pero que, con el correr del tiempo en tratamiento, empezaron a tener nombre propio.

Únicamente ante a su obra social hubo que denominarlo como TGD no especificado, ya que, si se utiliza el nombre de psicosis, rechazan las terapéuticas y conciben el haloperidol como única medicación posible. Cabe preguntarse como opera en una madre con la características de Yanina decirle que su hijo en realidad no padece esa patología pero que no queda otra opción que utilizar ese código diagnóstico. Para su escuela, su familia, sus amigos, Mariano es un TGD no especificado. Su mamá ha venido muy angustiada por el origen biológico que había investigado tenía esta patología y las altas chances que ella tendría de tener otro hijo “igual”. Este es el punto en el que comenzar a utilizar clasificaciones alternativas al cada vez más hegemónico DSM IV, para todas aquellas cuestiones de índole burocrático y administrativo que nos convocan a rotular, aunque sea presuntivamente, a un niño.

“La psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo con los parámetros de la psicopatología adulta. Fundamentalmente estamos ante un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente devenir y cambio.” (Janin B. 2007)

Solo los profesionales tratantes hemos manejado el hecho de que Mariano se viene estructurando de modo psicótico, psicótico simbiótico más específicamente, pero eso es suficiente para poder trabajar con él en el armado de su aparato psíquico y no en palear un déficit estático y definitivo. (Janin B, 2007)

Esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también de las consecuencias del modo en que los adultos y los profesionales podemos incidir en la evolución de estas dificultades. (Janin B. 2007)

Esta cuestión del diagnóstico es una de las variables que nos convoca en este trabajo; la otra, la cuestión de las intervenciones tempranas.

Mariano viene evolucionado favorablemente en su “modo psicótico”, con sus altibajos por supuesto, propios de este tipo de cuadros. Sin embargo siempre se ha pensado como hubiera sido su actualidad si alguien del entorno de la madre, un pediatra empático, un jardín materna, hubieran dado cuenta en sus primeros años de vida de que sus conductas, vínculos, lenguaje hacían pensar que algo no se estaba dando como se esperaba. Recordemos que Mariano hace sus primeras consultas a punto de cumplir 6 años.

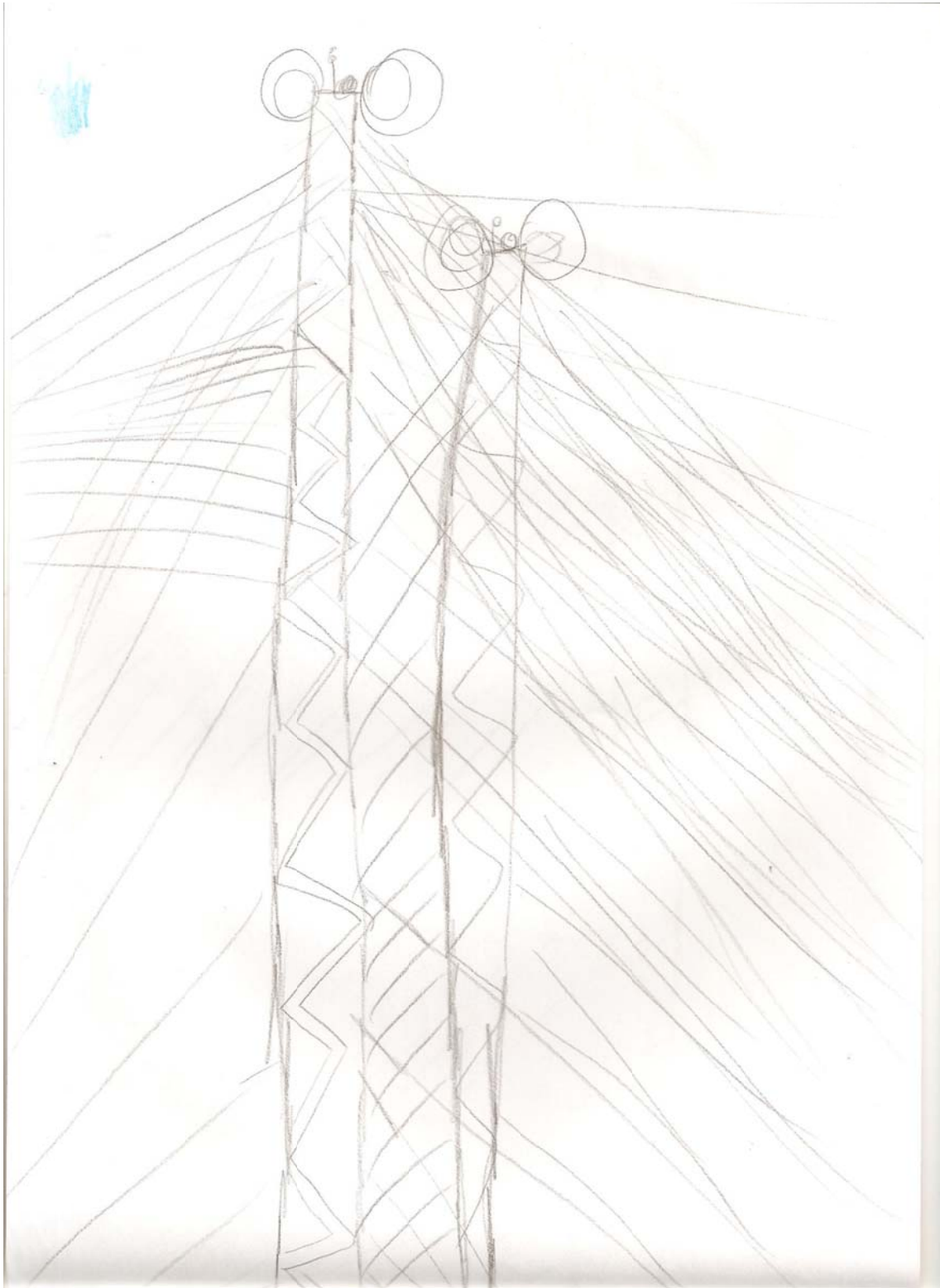
Brindarle a Yanina maneras de relacionarse con su hijo menos intrusivas, menos obturantes del potencial innato del niño, cuando este era aun un bebé. Orientarla a un tratamiento propio tanto psicológico como psiquiátrico. Entrevistar a los abuelos maternos en la etapa en que vivían con Mariano y Yanina, más específicamente cuando el vínculo temprano madre bebé estaba en pleno curso. Recomendarle unas horas de jardín maternal para Mariano, para separarse y luego reencontrarse. Actividades para ella más allá del ejercicio de su maternidad y todo tipo de

orientaciones y momentos de cuestionamiento y reflexión que ella fuera permitiendo en la medida que avanzaran sus terapias. ¿Cuál hubiera sido el destino de Mariano si todo esto hubiera tenido lugar? Tiempos irrecuperables los de la primera infancia...

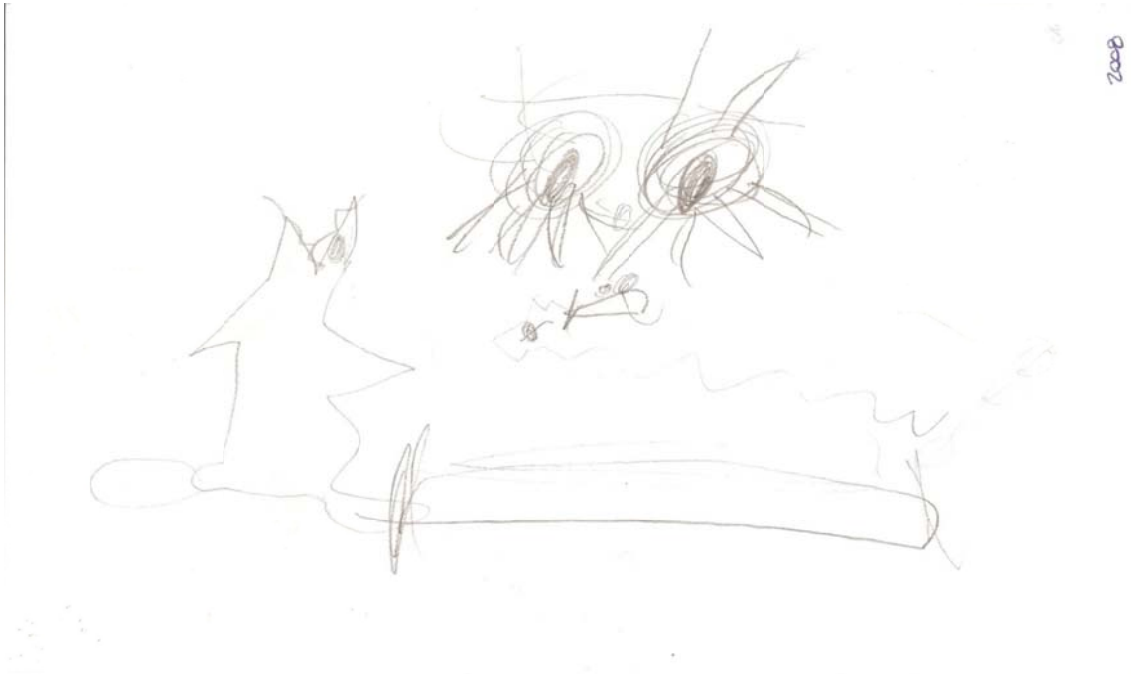
Afortunadamente Mariano pudo y puede ser pensado de manera dinámica, flexible, interdisciplinaria, en red, sin haber caído en tratamiento obturantes, ortopedizantes, que hicieran que su actualidad y pronóstico fuera más grave de lo que en si ya lo es. Tiene amigos, se alfabetizó, se fue separando de su madre y surgiendo como sujeto, escuchando su voz, tomando su singularidad, su sufrimiento. Se fue historizando, aunque en la historia aun existan baches y agujeros negros. Esto lo pone de cara al futuro y ya no en ese enriedo constante en donde tanto él como su madre eran una unidad de dos. Esto a Yanina la angustia, la descompensa, la vuelve loca, pero ha logrado verlo como un ser humano independiente de sus deseos. Queda mucho camino aún por recorrer...

Entonces, la clínica de las patologías graves de la estructuración del aparato psíquico nos convocan a acercarnos a la precocidad de los vínculos, a las intervenciones tempranas, porque no incluso desde el embarazo, teniendo que salir de nuestros consultorios esperando que nos consulten por niños de 6, 8 años o hasta quizás mayores, habiéndose perdido tiempos valiosísimos y absolutamente fértiles para intervenir.

Brindar capacitaciones, acercarnos a nuestros pediatras, a los maternos, "meternos" en estimulación temprana, en neonatología, en la internación pediátrica, aunque nadie nos llame, aunque sea más cómodo trabajar de otra manera. Pelear por políticas de salud que contemplen estas cuestiones, capacitarnos, escribir, comprometernos, difundir, soñar y desvelarnos por lo que creemos puede hacer la diferencia en el devenir de un niño.



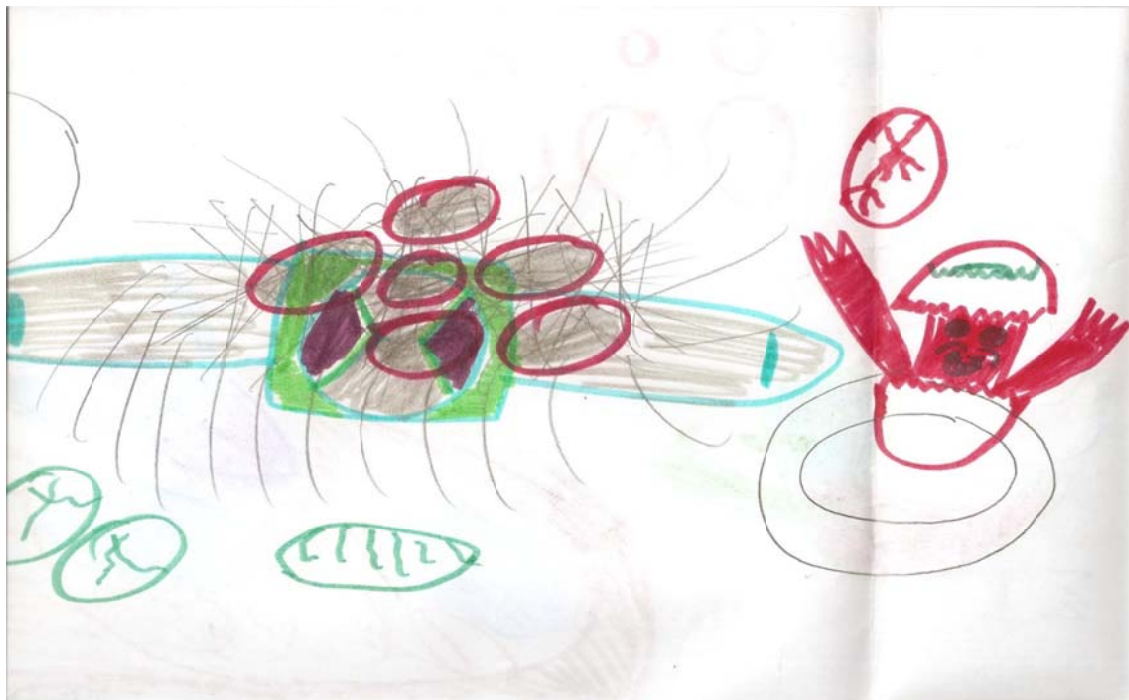
“Torres eléctricas”



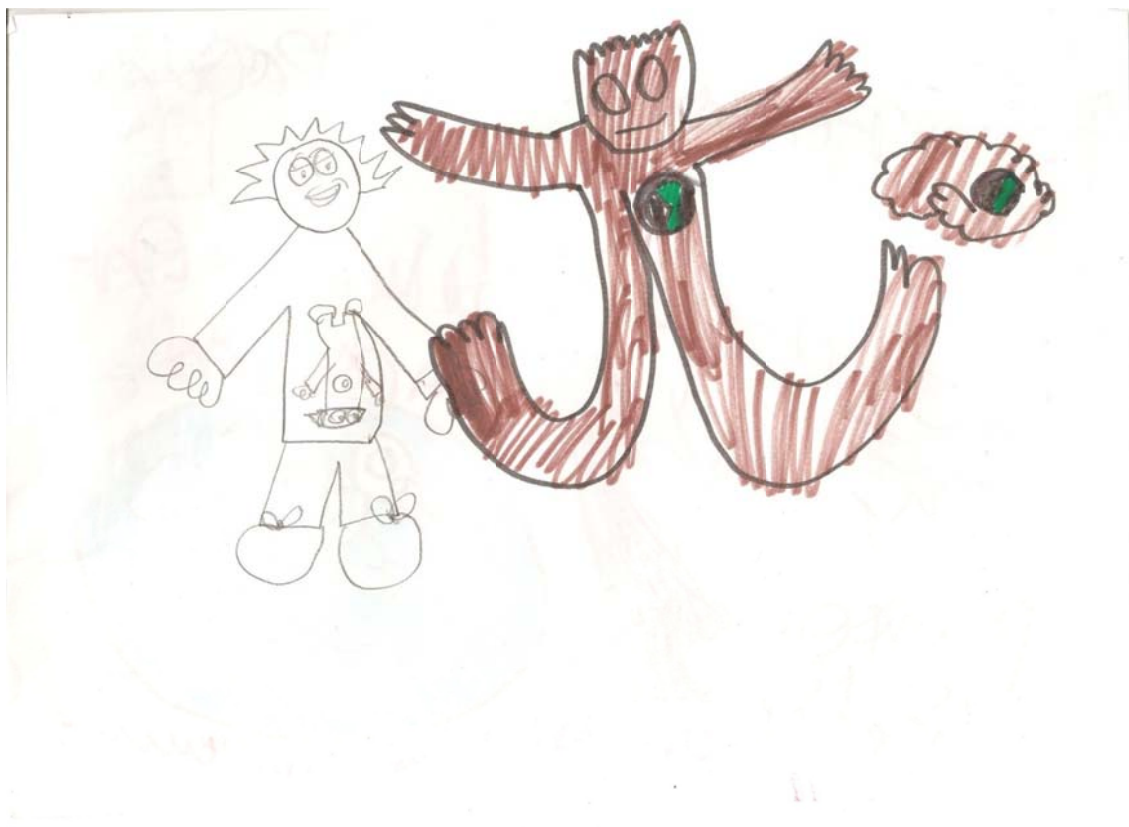
2002

“Pensamiento”





“Nacimiento psicológico”





“Su familia”



“El vínculo terapéutico”

BIBLIOGRAFIA

- **Ajuriaguerra, J.:** “ Manual de psiquiatría infantil”. Elsevier. España. 1996
- **Aulagnier, P.:** “La violencia de la interpretación” AE. Buenos Aires. 1975
- **Bion, W:** “Aprendiendo de la experiencia”. Paidós. Buenos Aires. 1995
- **Bleichmar, S.:** “ Clínica psicoanalítica y neogénesis” AE. Buenos Aires. 2008
- **Bleichmar, S.:** “En los orígenes del sujeto psíquico”. AE. Buenos Aires. 1984
- **Bleichmar, S.:** “ La fundación de lo inconsciente”. AE. Buenos Aires. 1993.
- **Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente.** CFTMEA-R-2000. Polemos Buenos Aires. 2004
- **Duhalde C:** “De la dependecnia a la independencia : representaciones maternas acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida”. Subjetividad y procesos cognitivos. N 6. Uces. Buenos Aires 2004.
- **Janin, B.:** “Algunas notas para repensar la función del analista a partir del psicoanálisis con niños” Actas del Segundo Congreso Metropolitano de Psicología Buenos Aires.1983
- **Janin, B:** “El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones” Cuestiones de infancia N11. Uces. 2007.

- **Janin B.:** “El psicoanalista ante las patologías graves en niños: entre la urgencia y la cronicidad” Cuestiones de infancia. N 7. Uces. Buenos Aires. 2003
- **Janin, B.:** “Los padres, el niño y el analista. Encuentros y desencuentros”. Cuestiones de infancia N 9. Uces. Buenos Aires. 2005
- **Janin, B.:** “Modalidades de abordaje en psicoanálisis con niños. Su relación con la teoría de la constitución del aparato psíquico”. Revista argentina de Psicología N 29. APBA. Buenos Aires. 1980
- **Janin, B.:** “Trastornos tempranos de la constitución psíquica: algunas reflexiones a partir de un caso clínico” Actualidad Psicológica. Buenos Aires. 1995
- **Klein, M.:** “Simposium sobre análisis infantil”. Obras Completas. Tomo I. Paidós. 1987.
- **Lebovici, S. y Weil Halpern F.:** “La psicopatología del bebé” Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires. 1989.
- **Llanos, L.:** “Trastorno generalizado del desarrollo y trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: dos diagnósticos que requieren reflexiones críticas.” Cuestiones de infancia N 11. Uces. 2007.
- **Morici, S.:** “Primeros vínculos y sus efectos en el desarrollo temprano” Revista Novedades Educativas N 223. Buenos Aires. 2009.
- **Morici S.:** “Señales de alarma de patología vincular temprana en la consulta pediátrica” Trabajo presentado en la Sociedad argentina de pediatría. Buenos Aires. 2008

- **Morici S.:** “Vínculo temprano: fisiología normal y patológica” Trabajo presentado en la Sociedad Argentina de pediatría. Buenos Aires. 2008.
- **Mahler, M, Pine F. y Bergman, A:** “El nacimiento psicológico del infante humano” Marymar. Buenos Aires. 1977.
- **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV.** Asociación de psiquiatras americanos. Ed. Masson. 1994.
- **Neves, N. y Hasson, A:** “Del suceder psíquico” Nueva Visión. Buenos Aires. 1994
- **Schejtman, C.:** “Primera infancia: psicoanálisis e investigación”. Akadia. Buenos Aires. 2008
- **Sperling, M:** “Psicoterapia del niño neurótico y psicótico”. Hormé ediciones. Buenos Aires. 1993
- **Spitz, R.:** “El primer año de vida del niño” Fondo de cultura económica. Buenos Aires. 1985.
- **Stern, D.:** “La constelación maternal” Paidós. Buenos Aires. 1995
- **Tustin, F.:** “Autismo y psicosis infantil” Paidós. España. 1994
- **Tustin, F:** “Barreras autistas en pacientes neuróticos”. Amorrortu 1989.
- **Winnicott, D:** “Realidad y juego” Ed. Gedisa. 1997.
- **Winnicott, D:** “El proceso de maduración en el niño” Ed. Laia. 1962.
- **Winnicott, D:** “Escritos de pediatría y psicoanálisis” Ed. Paidós. 1998.

ABSTRACT

RESUMEN

Esta investigación preliminar de carácter descriptivo expone las intervenciones precoces posibles en el vínculo madre-hijo, puntualmente en un caso con diagnóstico de patología grave, a través de un análisis retrospectivo del mismo.

Se pusieron de manifiesto las fallas en la estructuración subjetiva que se presentaron desde los orígenes y de qué manera se debería haber intervenido para intentar que las mismas no fueran tan severas.

Quedó establecido que muchas de estas cuestiones tuvieron que ver con una detección tardía de las anomalías por los profesionales intervinientes en la primera infancia del niño.

Por último se plantea la importancia de este tipo de análisis y estudio de los vínculos precoces a los fines de prevenir patologías graves del desarrollo y a su vez, como la mirada en esos primeros tiempos amplía la comprensión semiológica y dirige la cura hacia diversos lugares de intervención.

PALABRAS CLAVE: psicosis simbiótica, constitución subjetiva, vínculo temprano, diagnóstico en la infancia, intervenciones tempranas

