

PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO

D. MARCELLI
J DE AJUIAGUERRA

MASSON - 1996- 3º EDICION - BARCELONA

CAPITULO 16

PSICOSIS INFANTILES

La psicosis del niño ocupa actualmente, en el marco de la paidopsiquiatría, el lugar que a principios de siglo ocupó la debilidad mental. Primero ignorada, negada su existencia después, la frecuencia de la psicosis infantil se ha incrementado desmesuradamente hasta el punto de constituir, para ciertos psiquiatras, el diagnóstico más frecuente. Al igual que con la idiocia, la imbecilidad y luego la debilidad, la psicosis ha evolucionado en su semiología y ha cambiado su marco teórico. Actualmente se tiende a la distinción entre ciertas formas clínicas (prepsicosis y parapsicosis; v. pág. 396). En efecto, el concepto de psicosis infantil ha sufrido una evolución paralela al de la demencia precoz (Kraepelin) y más tarde al de la esquizofrenia (Bleuler). En cualquier caso, la simple traslación del marco semiológico adulto al niño es errónea en dos aspectos:

1. La dificultad de integrar en el niño el concepto de demencia, lo que implica una organización psíquica previa suficientemente desarrollada.
2. La infrecuencia, por no decir la ausencia, de delirio crónico en el niño.

Ello explicaría que las primeras descripciones de psicosis infantiles (demencia precocísima de Sante de Sanctis en 1905; demencia infantil de Heller en 1906, según el modelo de la demencia precoz; esquizofrenia infantil de Potter en 1933 y de Lutz en 1936, basándose en el modelo de la esquizofrenia de Bleuler) condujeran a un callejón sin salida, puesto que cuanto más rigurosamente se había calcado la patología adulta, tanto menos casos clínicos se hallaban. La historia reciente de las psicosis infantiles viene señalada por la introducción, en 1943, del autismo de Kanner.

I. Estudio clínico de las psicosis infantiles

En este primer párrafo estudiaremos las distintas conductas evocadoras de psicosis infantil, no porque deseemos realzar el síntoma en el estudio teórico, sino porque, en clínica, el entorno, la familia y el médico son primariamente alertados por una u otra de dichas conductas. Ninguna de ellas es patognomónica. Algunas no aparecen en el desarrollo llamado normal, otras no son más que la persistencia de un comportamiento normal, típico de un estadio anterior. En todos los casos, la persistencia, la agravación o la aparición de otros tipos patológicos de conducta debieran alertar al profesional.

A. ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES CONDUCTAS

1. Aislamiento-Autismo

Esta conducta se observa con extrema frecuencia en las psicosis infantiles. Expresa la incapacidad del niño para establecer un adecuado sistema de comunicación con su entorno. Específicamente característico del autismo precoz de Kanner, el aislamiento puede darse desde muy temprana edad.

- **En el curso del primer año**, la anamnesis puede suministrar rasgos de conducta, cuya existencia, en la actualidad, debe alertar precozmente al clínico. Los niños autistas son descritos por su madre como bebés particularmente tranquilos, es decir, «fáciles»: no solicitan nada a nadie, se manifiestan poco y parecen felices cuando están solos. Aparecen indiferentes a la presencia del adulto. Se percibe la ausencia de actitudes anticipatorias: no vuelven la cabeza hacia la madre cuando ésta entra en su habitación; no muestran agitación alguna cuando va a tomárseles en brazos; no tienden éstos. El tono dinámico se halla modificado; el «diálogo tónico» no existe: cuando se les coge o se les lleva, producen la impresión de peso muerto, como un saco de harina. Los datos principales del despertar psicomotor se hallan modificados: ausencia de sonrisa (3." mes) y ausencia de reacción de angustia ante el extraño (8º mes).

- **En el curso del segundo y tercer año** el autismo es ya evidente. No hay contacto con el entorno, incluida la madre, quien tiene con frecuencia la impresión de no ser «reconocida» como tal por su hijo. La mirada está vacía, ausente, difícil de fijar. Por el contrario, a veces se observa una vigilancia extrema, pero con «una mirada periférica»; es decir, el niño autista observa al adulto «de reojo», especialmente si él mismo no se siente observado.

Rehúsa el contacto físico, o bien, cuando éste se establece, tiene un cariz extraño. Aparentemente, el niño no se interesa más que por una parte del cuerpo del adulto (cabellos, orificios de la cara, rodillas, pie), o bien se sirve del adulto como de un simple instrumento (toma la mano de éste y la dirige hacia el objeto deseado).

Parece no reaccionar ante la marcha de los padres (no llora) ni ante la presencia de extraños.

El niño autista utiliza los objetos al igual que las personas, de forma parcial y extraña, no simbólica, mediante manipulaciones repetitivas y estereotipias (movimiento de peonza). Los objetos que suscitan su interés son asimismo extraños: objetos duros, sonoros, de forma compleja, trozos de un objeto (muñeco mecánico al que se da cuerda

indefinidamente, rueda de cochecito que gira incesantemente, alambre, insecto o gusano de tierra, etc.). El niño puede vincularse a un objeto exclusivo pero sin relación alguna con el habitual muñeco de peluche que el niño normal aprieta junto a sí para dormirse.

Se ha descrito «el signo del cubo que quema»: el niño acerca lentamente la mano al objeto y la retira rápidamente en cuanto lo toca. Las muñecas y los figurines humanos pueden desencadenar su agresividad; los desarticula violentamente o les arranca la cabeza.

Son nulas las relaciones con los otros niños, o son puramente manipulativas al igual que con el adulto. El niño autista es indiferente al juego. Esta indiferencia y la ausencia de participación lo convierten en un «niño bueno», al que fácilmente se olvida en un rincón. No es raro, al menos al principio, que cualquier tentativa de contacto humano comporte un recrudecimiento del autismo y de las conductas extrañas, o desemboque incluso en crisis de cólera violentas, hetero o autoagresivas.

2. Conductas motoras

Las anomalías tonicomotrices observadas en los niños psicóticos son numerosas y variadas.

- **Anomalía tónica**, hipotonía generalizada, particularmente postural, sin «diálogo tónico» entre el niño y su madre. Las distonías y paratonías son frecuentes. La catatonía es rara, pero puede observarse en las psicosis de la segunda infancia.

- **Gestualidad inhabitual** dada la edad. Un ejemplo de ello lo constituye el interminable juego de las manos ante los ojos, mucho más allá de los 5-6 meses, pudiendo persistir mucho tiempo. La marcha se adquiere dentro de los cánones normales e incluso precozmente. En algunos casos, se observa retraso, pero habitualmente está dentro de los límites de la normalidad (18 meses-2 años).

- **Comportamientos motores específicos**: las estereotipias motrices son frecuentes. Se trata de movimientos repetitivos, rítmicos, en los que el niño parece permanecer absorto. Con frecuencia afectan a las manos (movimientos finos de los dedos o de la muñeca), pero también a la cara (labios, lengua), a la marcha (sobre la punta de los pies, movimientos de peonza) y a la cabeza (inclinación, movimiento del cuello, etc.).

Algunas veces son más complejos y la estereotipia incluye un objeto manipulado indefinidamente de igual manera, o bien implican al cuerpo en su conjunto: deambulación, balanceo sobre uno u otro pie, o balanceo prolongado. Los balanceos se dan todavía más a menudo en los niños abandonados.

Una conducta específica a anotar es el olfateo: el niño huele los objetos, las personas y los alimentos a los que se acerca o toca.

- **Inestabilidad**: frecuente, especialmente en las psicosis precoces no autistas. Son niños en perpetuo estado de agitación, se suben a las mesas, a los muebles y a los radiadores.

Los golpes con los muebles o las personas menudean, pero las caídas no desencadenan ni llanto ni defensa. Ello da fe de la mediocre integración del esquema corporal. Inversamente, podemos observar una inhibición motriz masiva, acompañada en ocasiones de torpeza gestual, realizando auténticas dispraxias.

3. Trastornos del lenguaje

Prácticamente constantes en las psicosis infantiles, tanto más cuanto más precoces sean éstas.

Puede darse ausencia total del lenguaje (autismo de Kanner). Son niños silenciosos que no emiten más que ruidos extraños y estereotipados: rechinar de dientes, ruidos de matraca, gritos agudos y desgarrados. Otras veces la aparición del lenguaje se retrasa mucho, después de los 4-5 años. En estos casos hace su aparición de forma anárquica: articula correctamente bloques de frases enteras, mientras que no repite un simple fonema. Primeramente puede aparecer un neolenguaje incomprensible.

El canturreo es frecuente: el niño es capaz de retener perfectamente las palabras de una canción, sin otro lenguaje suplementario. También se observan ecolalias caracterizadas por la repetición sistemática de la frase o palabra que acaba de oír.

Cuando el lenguaje existe, se perciben anomalías en la melodía con aspecto cantarino. Si bien el retraso y los trastornos de la articulación no son constantes, se observa, sin embargo, dificultad en la utilización de los pronombres (inversiones pronominales). El «yo» es sustituido por el «tú», o por «él», o por el nombre de pila. Raramente se adquiere el «sí».

Se dan también estereotipias verbales, neologismos extraños y verbalismo solitario. El niño psicótico puede utilizar «palabras-frase» o «palabras-maleta» para designar un conjunto relacional percibido anteriormente.

Cuando aparece un lenguaje satisfactorio, también se observan regresiones: desde la desaparición de ciertas palabras hasta el mutismo secundario, sobre todo si la evolución psicótica sobreviene en la segunda infancia (6-12 años). En casos más raros, se observa una exacerbación del lenguaje: el niño da pruebas de gran dominio verbal, aprende páginas del diccionario, e incluso lenguas extranjeras, vivas o muertas. Esta exacerbación puede llegar hasta la invención de una nueva lengua, con gramática, sintaxis, etc.

En todos los casos, lo auténticamente significativo estriba en que el lenguaje no posee una verdadera función comunicativa o que al menos el placer no reside en dicha comunicación. Además, la indiferencia ante el lenguaje del otro suele ser habitual. El niño no responde a su nombre y se muestra imperturbable ante los ruidos. A pesar de todo, observándoles atentamente, puede percibirse cierta «comprensión periférica» (por analogía con el mirar periférico). Cuando el adulto pide o señala algo a otro niño, puede constatar con gran sorpresa que el niño psicótico realiza lo que ha solicitado a aquél.

Tales observaciones, cuando son posibles, permiten descartar la hipótesis de sordera y prejuzgar que la comprensión es superior a la expresión. No obstante, la aparente y habitual indiferencia del niño psicótico ante los ruidos y la voz humana puede sugerir el diagnóstico de sordera. En caso de duda, siempre es necesario llevar a cabo la exploración oportuna (v. pág. 71). También es posible la existencia de una afectación múltiple que asocie psicosis y sordera (v. pág. 256).

4. Trastornos de las funciones intelectuales

A menudo puede constatarse el déficit intelectual, por no decir siempre. La profundidad de dicho déficit es variable así como su evolución. Anthony ha descrito evoluciones «emergentes» con mejora del CI, evoluciones «regresivas», «estáticas» o «simbióticas». Estas últimas se caracterizan por la variabilidad del nivel en función del examinador y la calidad del contacto. Dentro de una misma muestra, es habitual la

dispersión de los resultados, así como la diferencia entre el nivel verbal y el visomanual (v. tests, pág. 308).

Diversas funciones específicas (organización temporo-espacial, rítmica, etc.) pueden hallarse perturbadas, pero también de forma anárquica, con éxitos a menudo desconcertantes en un determinado sector (calculador de calendario). Debemos señalar además la dificultad en la integración del esquema corporal, como atestigua la mediocre calidad de los dibujos del muñeco: muñeco renacuajo, sin piernas, cuerpo mutilado, sin respeto por las proporciones habida cuenta la edad, etc.

El problema esencial sigue siendo la articulación entre la deficiencia mental y la sintomatología de corte psicótico, concebidas una y otra ya como testimonio de organización antinómica (postura inicial de numerosos psiquiatras: sólo los niños inteligentes pueden ser psicóticos, los otros no son más que deficientes), ya como conductas clínicas que no prejuzgan necesariamente una etiopatogenia propia. Más adelante volveremos sobre el tema de la articulación entre psicosis y retraso (v. pág. 303).

5. Trastornos afectivos

Además del autismo, rasgo que hemos aislado por razones didácticas, son frecuentes los trastornos afectivos. Han sido descritos los siguientes:

- **Oscilaciones rápidas del humor:** niños que sin razón manifiesta alternan fases de tristeza o llanto, o simplemente de seriedad (*serious babies*, Harms) con inhibición o postración motriz, con fases de exuberancia, risas y agitación motora (v. pág. 370 comentarios sobre la psicosis maníaco-depresiva en el niño).
- **Crisis de angustia aguda:** pueden ser espontáneas o sobrevenir después de frustraciones mínimas, o tras un cambio imprevisto del entorno (cambio de lugar de un objeto, cambio de peinado en el adulto). Acaecen cuando el niño está solo o por el contrario cuando se intenta forzar su aislamiento y establecer un contacto. 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** del adulto, gritos o *quejas brutales*, sin vinculación aparente con el ambiente.
- **Crisis de cólera, intolerancia a la frustración, automutilaciones:** son reacciones frecuentes. Han sido descritas en la página 227.

6. Trastornos de las conductas mentalizadas

Sólo evocaremos aquí las *fobias*, casi siempre de apariencia extravagante (fobia a los ruidos), extensiva, cambiante (v. Fobia arcaica, pág. 340). Son frecuentes en las psicosis de la segunda infancia.

- **Los rituales** son a veces múltiples. Además de las conductas estereotipadas en la manipulación de objetos, próximas a los rituales, se han descrito también rituales al acostarse, de verificación, de contacto, de ordenamiento, de limpieza, etc.

- **El delirio** es raro en el niño. Resulta excepcional antes de los 10 años. La constatación de una producción imaginativa extensiva plantea el problema de la percepción de la realidad, del reconocimiento de la verdad y de la mentira, en definitiva, del lugar ocupado por la ensoñación (v. pág. 195). La existencia de delirio atestigua siempre profundas distorsiones en el reconocimiento del Yo y del otro, del mundo real y del imaginario. La temática delirante se centra sobre el cuerpo (próxima a las preocupaciones hipocondríacas delirantes), o bien retoma los temas evocados en el ambiente (temas espaciales, cósmicos, basados en las series televisivas). A veces se observan ideas persecutorias, tanto menos construidas y elaboradas cuanto más pequeño es el niño. El delirio de persecución puede retomar la temática delirante de un adulto (delirio inducido, pág. 442).

- **Las alucinaciones** son difíciles de constatar. Algunos niños parecen tener actitudes de escucha o de observación fija, que evocan las alucinaciones auditivas o visuales. Diferenciar la auténtica alucinación, o percepción sensorial sin objeto, de una actitud soñadora autista no es fácil en el niño pequeño. En realidad, es éste un problema más teórico que práctico.

7. Trastornos psicosomáticos y antecedentes somáticos

Agruparemos en este apartado el conjunto de conductas en las que interviene el cuerpo del niño, tanto en lo que se refiere a los trastornos psicosomáticos como a los episodios orgánicos, cuya frecuencia debiera llamarnos la atención.

- **Los trastornos del sueño** son muy frecuentes. Son de dos tipos. En el *insomnio tranquilo* el bebé mantiene los ojos muy abiertos en la oscuridad, sin dormir, pero sin manifestar ni reclamar la presencia materna. Este tipo de insomnio es muy específico y evocador. En el *insomnio agitado*, el niño grita, se mueve, chilla, sin poder calmarse durante horas, todas las noches. Estos insomnios aparecen en el primer semestre de vida y pueden durar meses e incluso años.

- **Los trastornos alimenticios precoces** son asimismo frecuentes: succión deficiente, anorexia, rechazo del biberón o del seno, vómitos repetidos, etc. También aparecen desde el primer semestre.

- **Los trastornos esfinterianos** (enuresis, encopresis) pueden ser primarios o secundarios, permanentes o intermitentes según el ritmo de los momentos evolutivos, las fases de ansiedad o las separaciones. El retraso en la adquisición del control es habitual, aunque algunas veces, por el contrario, la adquisición del control es muy precoz.

Sean cuales fueren estas deficiencias de naturaleza psicosomática, no son específicas, pero su aparición en un período desusado en relación con trastornos banales, su intensidad, su fijación y su persistencia son indicios inquietantes.

- **Antecedentes somáticos:** si bien algunos niños psicóticos parecen poseer una excelente salud física, la existencia de antecedentes patológicos es sin duda superior a la

observada en una población normal. Señalaremos especialmente la frecuencia de deshidrataciones agudas (Dardenne y cols.). Hay también un alto índice de factores de vulnerabilidad: embarazo difícil, prematuridad, patología neonatal, etc.

- El problema de la epilepsia, asociada frecuentemente con las psicosis infantiles, ha sido estudiado en el capítulo dedicado a la epilepsia (v. pág. 285).

B. AGRUPACIÓN DE LAS CONDUCTAS

El segundo plano de estudio de las psicosis infantiles es el sindrómico, es decir, las agrupaciones de los rasgos de comportamiento en conjuntos más o menos estables y coherentes. En este nivel, hay que señalar ante todo la gran riqueza terminológica que enmascara a menudo unas realidades clínicas idénticas. 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 (estereotipia, automutilación, trastornos alimenticios, etc.), 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. Malher 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.

En cualquier caso, es importante captar el artificio implícito en toda discusión nosográfica en la que se tratara, por ejemplo, de distinguir entre psicosis simbiótica (Malher), autismo regresivo (Tustin), psicosis de expresión deficitaria (Mises), psicosis de desarrollo (Duché), etc. En realidad, estos esquemas nosográficos son en parte la expresión del punto de vista del autor, que subraya algunos de los datos observados (semiológicos, evolutivos, psicopatológicos o etiopatogénicos, etc.) a fin de conferir al campo semiológico la coherencia de que carece. Esta disparidad puede interpretarse en el plano epidemiológico como una de las características de las psicosis infantiles.

Estas reflexiones nos han inducido a presentar en el apartado precedente las conductas más características halladas en la patología psicótica del niño, sin prejuzgar sus posibles asociaciones. La agrupación aquí propuesta implica necesariamente cierta arbitrariedad, que se expresa en la clínica mediante la multiplicidad de las formas limítrofes: disarmonía evolutiva de cariz psicótico, parapsicosis, prepsicosis, trastornos graves de la personalidad, etc. Dada la importancia, al menos cuantitativa, de dichas entidades, las hemos reagrupado en un capítulo ulterior (v. pág. 393). Por lo que atañe a las psicosis infantiles precoces (antes de los 5-6 años), la tabla 16-1 da una correspondencia aproximada de los diversos síndromes según los autores. No es posible una equivalencia estricta puesto que las referencias epistemológicas son diferentes o divergentes. Por otra parte, todos los autores indican la existencia de formas intermedias en el seno mismo de su propia clasificación. Por esta razón, en la tabla hemos señalado los límites con líneas discontinuas situadas a diferentes alturas.

La mayoría de autores, o al menos los de habla francesa, están de acuerdo en distinguir las psicosis precoces de las de la segunda infancia (6-12 años), llamadas también psicosis de la fase de latencia o de la edad escolar (la palabra «latencia» ha sido empleada aquí como dato cronológico).

En el plano clínico, estudiaremos sucesivamente:

1. Psicosis precoces:

a) Autismo precoz de Kanner

b) «Otras» psicosis precoces.

2. Psicosis de la segunda infancia.

Malher	Tustin	Duche-Stork	Diatkine	Mises	Lang
Autismo Infantil Patológico	Autismo Primario Anormal -----	Autismo Infantil	Autismo De Kanner -----	Psicosis Autista -----	-----
-----	Autismo Secundario Encapsulado -----	Precoz -----	Psicosis Precoces -----	Psicosis De Manifestación Deficitaria -----	Disarmonía Monia evolu- tiva
Psicosis Simbióticas	Autismo Secundario Regresivo	Psicosis De Desarrollo	----- Prepsicosis	----- Disarmonía Evolutiva De Estructura Psicótica	Para- Psicosis

1. Psicosis precoces

a) *Autismo precoz de Kanner*

Descrito por Kanner en 1943. Sin prejuzgar su etiología, el autismo precoz es la única agrupación semiológica admitida por la casi totalidad de los autores y aislada como tal. Si bien existe consenso entre los diversos autores sobre el síndrome clínico del autismo, la etiología del proceso es motivo de controversia. Entre los psiquiatras infantiles, el autismo de Kanner constituye terreno propio para enfrentamiento de diversas posiciones teóricas (orgánicas, psicogenéticas y sistémicas). La ideología o la pasión a menudo ensombrecen dichas discusiones. En este apartado, sólo describiremos el síndrome clínico y, en los capítulos sucesivos, abordaremos las hipótesis etiológicas (v. págs. 313 y 317).

- **Epidemiología:** el autismo de Kanner sigue siendo una afección rara, cuya frecuencia se cifra en 0,5 a 4/10.000, según el rigor con que se defina, con una media de 1/10.000. Se observa un predominio de los varones: alrededor de 3 a 4 por cada niña.

- **Clínica:** el inicio es precoz. La madre acostumbra describir conductas desconcertantes desde los primeros días. Habitualmente, el síndrome puede ser observado en el transcurso del 2º o del 3º semestre y es ya evidente durante el segundo año.

Está asociado con:

1. Autismo o aislamiento o soledad (*aloneness*).
2. Inmutabilidad (*sameness*), que podría traducirse por “identitud”, es decir, la necesidad imperiosa experimentada por el niño de conservar su entorno siempre idéntico.
3. Ausencia de lenguaje.

Dado que las particularidades del autismo y de la ausencia de lenguaje, así como de su aparición, han sido ya descritas (v. pág. 294), detallaremos aquí sólo la «identitud» (*sameness*) o inmutabilidad.

La **inmutabilidad** indica la necesidad ansiosa e imperiosa del niño autista de mantener su entorno idéntico: objetos y muebles deben conservar un mismo lugar, un mismo aspecto y un mismo orden. Un ejemplo de ello lo constituye el interés por coleccionar objetos muy dispares, siempre reunidos de idéntica manera, y la afición por los puzzles. En ocasiones el niño da pruebas de una extraordinaria memoria. Así, después de largos días de interrupción de la terapia, al regresar a la sala, busca un objeto en su sitio habitual y lo manipula como si lo hubiera dejado allí la víspera.

Junto a estos rasgos fundamentales, Kanner señala: «*su rostro llama la atención por su inteligencia*». Este criterio es ciertamente subjetivo, pero expresa el eumorfismo habitual en estos niños, quienes asimismo gozan de buena salud física. Raramente están enfermos, tienen un aspecto agradable y sano y un satisfactorio desarrollo motor que contrasta con sus dificultades para contactar.

De entre las restantes manifestaciones de los niños autistas, señalaremos el habitualmente elevado umbral ante los estímulos dolorosos o nociceptivos (especialmente ante el calor y el frío). La mayoría de los autores coinciden en reconocer la existencia precoz de una alteración de la capacidad de comunicación del lactante y el niño pequeño autista con su entorno próximo; estos pacientes parecen presentar una incapacidad de reconocimiento y de discriminación de las diversas emociones (mímicas faciales), lo que también se observa en las características de artrofonación del lenguaje

cuando existe. Estas alteraciones dan origen a una hipótesis sobre un defecto cognitivo (Rutter, v. pág. 316).

En sus primeros trabajos, Kanner describió un tipo específico de constelación familiar: nivel socioeconómico más bien elevado, padres intelectuales, algo fríos, distantes, con marcadas tendencias obsesivas. Al parecer, estas características se deben en gran medida al sesgo propio de la población estudiada por Kanner.

En realidad, el autismo precoz se observa en todos los niveles socioculturales. Las características de los padres son tanto más inciertas cuanto que a menudo el niño autista es el único niño gravemente perturbado entre los hermanos. La precocidad de los trastornos puede asimismo suscitar reacciones anómalas en el ambiente, especialmente en la madre. Volveremos a hablar de ello (v. pág. 320).

• **Evolución:** dos factores tienen valor predictivo, estadísticamente verificado:

1. Existencia de un cociente intelectual superior a 50 (Rutter), que, al parecer, puede mantenerse mientras que, en caso contrario, se observa el descenso progresivo de la eficiencia relativa.
2. Ausencia de lenguaje, transcurridos ya los 5 años (Kanner), lo que aumenta el riesgo de que el niño persista en su aislamiento autista.

En conjunto, la evolución se distribuye de la siguiente forma:

1. Alrededor de la mitad, o algo menos de estos niños, no evoluciona: el autismo sigue siendo intenso, el lenguaje no se adquiere y el funcionamiento cognitivo es muy pobre. Con la edad, el cuadro evoluciona hacia un retraso grave con algunos rasgos específicos: importancia de las estereotipias, rareza de algún tipo de comportamiento, desarrollo relativo de algún sector muy limitado, etc.
2. Los otros (50 al 60 %) adquieren el lenguaje o un inicio de lenguaje (v. pág. 294): un mínimo de funcionamiento cognitivo parece evitar la evolución deficitaria grave. La sintomatología se enriquece a menudo con trastornos del comportamiento, rituales, etc. En estos casos, es difícil distinguir entre estos autismos precoces y otras psicosis infantiles más tardías.
3. Son raros los que llegan a acceder a un nivel de autonomía que permita la inserción escolar y profesional.

• **Escalas de evaluación:** de acuerdo con el aspecto clínico, muy estereotipado, y con el gran número de estudios e investigaciones acerca del autismo, algunos autores han intentado elaborar escalas de evaluación del autismo infantil. Se pretende con ello obtener una mayor uniformidad de diagnóstico y posibilidades de comparación entre investigadores de equipos distintos, así como estudiar la evolución del niño a través del tiempo. Citaremos las escalas de Polan y Spencer, de Lotter, de Ruttemberg, de Lelord y Sauvage, etc. (v. el problema de las escalas, pág. 77).

b) Otras psicosis precoces (además del autismo de Kanner)

Se distinguen del autismo de Kanner porque sobrevienen después de un período de desarrollo normal en apariencia. El inicio se sitúa entre 2 1/2-3 años y 5-6 años. Son más frecuentes que el autismo de Kanner, que en su estricta delimitación clínica no concierne más que a un 10 % de las psicosis precoces.

• **Elementos clínicos:** la variabilidad semiológica es extrema. Las conductas descritas en el párrafo anterior pueden asociarse de diversa forma. Sin describirlas, citaremos nuevamente:

1. Crisis de angustia.
2. Perturbaciones motrices (inestabilidad mayor o inhibición).
3. Rituales defensivos.
4. Trastornos del lenguaje y de la voz.
5. Trastornos psicósomáticos.
6. Frecuente labilidad afectiva.
7. Existencia de una catexis deficitaria de las funciones cognitivas.

Cada autor propone una agrupación de estos síntomas y resalta uno u otro según el punto de vista psicopatológico que sustenta. Por ejemplo, M. Malher describe así «*la psicosis simbiótica*»: «*los niños del grupo simbiótico raramente presentan trastornos de conducta durante el primer año de vida, salvo quizá trastornos del sueño ... Las reacciones (patológicas) se manifiestan durante el tercer o cuarto año ... Es como si el crecimiento madurativo de la coordinación motriz, que lleva inherente el desafío de la independencia, provocara una ruptura con la realidad ... (podemos observar) la irregularidad en el crecimiento y la vulnerabilidad del Yo ante la más mínima frustración. La anamnesis de estos niños evidencia reacciones extremas ante pequeños fracasos... Por ejemplo, dejan de andar durante meses porque cayeron una vez*». (M. Mahler: *Psychoses infantiles*, Payot Ed., pp. 76-77.)

Hemos citado este pasaje como ejemplo ilustrativo del enfoque teórico-clínico de M. Malher. El fragmento que hemos subrayado muestra evidentemente que los síntomas son descifrados en función del presupuesto teórico que, a su vez, sirve para organizar el cuadro clínico. De esta forma, la evolución de la psicosis simbiótica se ha descrito como una sucesión de manifestaciones afectivas ambivalentes: tanto búsqueda imperiosa de contacto afectivo con el otro que rápidamente toma un cariz de fusión como reacción de angustia y de huida ante la amenaza representada por la absorción. La ambivalencia de los afectos es extrema: el niño puede morder y calmarse al mismo tiempo, acariciar y pellizcar, etc.

De igual manera, F. Tustin fundamenta sus investigaciones y sus clasificaciones en el estudio de la conducta autista y sus funciones defensivas. Describe tres tipos de autismo:

1. Autismo primario anormal. Es la prolongación del autismo primario normal. Se halla especialmente en los casos de carencia afectiva grave (cerca al hospitalismo de Spitz).

2. Autismo secundario de caparazón (ASC). El niño parece construirse una concha alrededor de su Yo, como si de un crustáceo se tratara. La huida de todo contacto es extrema. La expresión clínica del ASC está próxima al autismo infantil típico de Kanner.

3. Autismo secundario regresivo (ASR), caracterizado por la regresión protectora, frente al terror experimentado ante el no-Yo y lo desconocido. La fragmentación, la dispersión y la escisión son los mecanismos prevaletes. El cuadro clínico, confuso en lo que atañe a las vivencias tanto internas como externas, está próximo a «otras psicosis precoces» descritas anteriormente o a lo que L. Bender denomina esquizofrenia infantil.

En las publicaciones de lengua francesa, el problema planteado por las psicosis precoces, aparte del autismo de Kanner, parece estar dominado por *las relaciones entre la*

organización psicótica y las manifestaciones de la serie deficitaria. Los trabajos de Lang y de Mises van específicamente dirigidos a clarificar estas relaciones recíprocas. Mises aísla «las psicosis precoces con manifestaciones deficitaria», caracterizadas por un muy bajo nivel de eficiencia. En cualquier caso, no se trata de un criterio muy distinto del de Kanner, para quien la eficiencia es también muy débil. El hecho de prestar especial atención al déficit parece tener un doble origen: el modo como se ha reclutado la población estudiada, esencialmente institucional, y el destacado lugar que siempre ha ocupado en Francia el problema de la debilidad, hecho que condiciona cualquier investigación psicopatológica dados los frecuentes presupuestos orgánicos implícitos.

En líneas generales, y sin retomar el hilo de lo que ya ha sido escrito en el capítulo dedicado al funcionamiento cognitivo (v. pág. 163), podemos considerar que existe una estrecha interacción entre la catexis de los procesos secundarios y la de los procesos cognitivos; cualquier dificultad en la evolución satisfactoria de una de estas áreas afecta necesariamente a la otra y viceversa.

Así, la extrema ansiedad de mutilación o de aniquilación, la incapacidad para tolerar la frustración, la utilización de los mecanismos mentales defensivos de tipo primitivo (escisión, negación, omnipotencia, proyección) y la precesión de los procesos primarios, son factores que no pueden evolucionar juntamente con la catexis del tiempo y del espacio y con el descubrimiento del placer que el Yo del niño siente al programar y planificar la acción, es decir, utilizando sus funciones cognitivas. A la inversa, cualquier factor orgánico que interfiera el funcionamiento cerebral puede dificultar a la vez la evolución de los procesos secundarios, con riesgo de que se produzca un retorno defensivo a un funcionamiento más arcaico, inmediato o pulsional. El mérito de autores tales como Mises o Lang estriba en haber sabido clarificar la reciprocidad entre los factores de la serie deficitaria y los factores de la serie psicótica. La constatación de un déficit mental no debe invalidar la búsqueda del clínico limitándola únicamente a la investigación etiológica, sino que debe incitarle a calibrar el papel psicopatológico de dicho déficit en el seno del funcionamiento mental.

En el plano clínico son posibles todas las modalidades y combinaciones sintomáticas: desde el cuadro dominado por el polo deficitario (v. pág. 183) hasta el dominado por las perturbaciones de relación y afectivas de tipo psicótico. Intentar aislar un cuadro nosográfico exageradamente riguroso resulta ficticio y aleatorio.

c) Las formas «límitrofes»

Recordaremos aquí el vasto campo de la patología «intermedia» entre las organizaciones neuróticas y las psicóticas. En todos los casos, el contacto con la realidad parece parcialmente preservado, pero la naturaleza de las relaciones establecidas, los mecanismos defensivos y la vivencia fantasmática aproximan todas estas formas a las observadas en las psicosis infantiles.

Pertenecen a este campo:

1. Disarmonías evolutivas de cariz psicótico (v. pág. 183).
2. Distimias graves (v. pág. 370).
3. Prepsicosis (v. pág. 396).
4. Parapsicosis (v. pág. 396).
5. Organizaciones caracteriales graves (v. pág. 400).

Esta enumeración no es exhaustiva.

2. Psicosis de la segunda infancia

Agruparemos aquí las psicosis del niño, cuyos signos manifiestos aparecen entre los 5-6 años y los 12-13 años. Son mucho más raras que las psicosis precoces. Algunas de ellas en realidad son la prolongación de una forma precoz. Hemos descrito ya las líneas principales de evolución del autismo de Kanner y más tarde volveremos a hablar de la evolución general de las psicosis infantiles (v. pág. 310).

En algunos casos clínicos muy raros, las conductas psicóticas más relevantes sobrevienen después de una infancia en apariencia normal. No obstante, esta normalidad debe aceptarse con reservas, así como la posible ocurrencia de un proceso de desestructuración análogo al que se observa en patología adulta. De hecho, la historia clínica nos muestra a menudo algunos signos que atestiguan una distorsión precoz en una u otra de las líneas madurativas: anorexia precoz y rebelde, trastornos graves y del sueño, etapa de extrema ansiedad al incorporarse al jardín de infancia, docilidad y sumisión excesivas, rituales obsesivos persistentes, etc. No es extraño que estos trastornos no hayan sido suficientemente valorados tanto por la familia como por el médico. La existencia de un acontecimiento externo suele ser considerada por los padres como factor desencadenante, mientras que la reconstrucción idealizada del pasado borra todas las dificultades anteriores. La supuesta «normalidad» anterior a menudo no es más que la proyección al exterior de la angustia paterna.

Sin embargo, en comparación con las psicosis precoces, estas formas de la segunda infancia acostumbran darse en una personalidad mucho más estructurada, con un grado de maduración claramente superior. El lenguaje se halla ya elaborado, se ha realizado la catexis de los procesos-cognitivos, y éstos empiezan a desprenderse del pensamiento mágico, lo real es percibido como tal, diferenciándose de lo imaginario. Las manifestaciones psicóticas en dicha edad aparecen como conductas regresivas o desestructuradas en relación con las actitudes anteriores del niño.

a) *Reacción del retraimiento*

Es la traducción del autismo secundario. Lentamente el niño pierde todo interés, rompe las relaciones con sus amigos, se aísla cada vez más en sus habitaciones, rehúsa salir y cesa en sus actividades deportivas o culturales. El aislamiento afectivo puede llegar a ser extremo con indiferencia y frialdad de contacto. En algunos casos, el niño conserva durante mucho tiempo una aparente adaptación social, salpicada generalmente por trastornos del comportamiento: rechazo escolar sin motivo evidente, fuga no motivada bajo forma de vagabundeo, crisis de cólera o de agresividad, etc. Este retraimiento puede llegar hasta el apragmatismo total e incluso hasta el autosequestro, conducta esta mucho más frecuente en el adolescente o en el joven adulto. A veces, los trastornos son menos espectaculares, pero revelan la ruptura con las anteriores formas de vida: hipercatexis en algún sector (colección impulsiva, práctica intensa de algún deporte), modificación de las conductas alimenticias, etc.

La relación personal puede revelar, además, alguna discordancia, tanto más rara cuanto más joven sea el niño: extravagancia en el contacto, risa disonante, barreras.

b) *Conductas matrices*

Se organizan según dos polos (Mises):

- **Inhibición y retraimiento:** esta conducta evidencia el retraimiento autista: aspecto estuporoso, mímica pobre. Pueden observarse actitudes catatónicas, a menudo transitorias, que señalan fases de agravación.

- **Inestabilidad y agitación psicomotriz** pueden, a la inversa, hallarse en primer plano. En ciertos casos se trata, de hecho, de una antigua inestabilidad que nunca ha podido ser controlada por el niño. Sobre este fondo de inestabilidad acaecen frecuentemente episodios agudos que descompensan el ya frágil equilibrio anterior: crisis de agitación aguda o crisis de cólera con hetero o autoagresión, fugas incesantes o incoercibles, etc. En otros casos, la excitación motriz rompe con el comportamiento habitual del niño. A menudo se añaden a ella trastornos del sueño, rechazo alimenticio y trastornos esfinterianos.

En ocasiones tiene lugar una auténtica desorganización del comportamiento, con aparición de conductas muy impulsivas. Pueden limitarse a violencias verbales (en la relación con la familia, los amigos y los maestros), pero otras veces se exteriorizan a través de conductas peligrosas; agresiones violentas a un tercero, piromanía, conducta delictiva. Es imprevisible, incontrolable, el pase al acto. Normalmente reacciona ante estas conductas con indiferencia o fría racionalización.

La excitación psíquica es mucho más rara. En cualquier caso es muy distinta de la excitación maníaca observada en el adulto maniaco-depresivo. Su apariencia es estridente, sin la exaltación tímica habitual. Los temas predelirantes persecutivos son frecuentes.

e) *Trastorno del lenguaje*

Constituyen algunas veces la continuidad de los trastornos precoces, pero en otros casos el desarrollo del lenguaje había sido normal hasta entonces. Se observa:

- **Posibilidad de un mutismo secundario**, emparejado con la agravación del retraimiento autista. Lentamente, el niño deja de hablar, en principio con el círculo externo al medio familiar, después el mutismo puede llegar a ser total. En ocasiones se mantienen las actividades gráficas y cierta posibilidad de comunicación mediante la escritura o el dibujo (Diatkine).

- **La regresión formal del lenguaje** expresa a menudo un episodio agudo: desestructuración de la organización lingüística con la aparición de idénticas anomalías a las observadas en las psicosis precoces (inversión pronominal), que puede llegar hasta la completa desorganización (retorno al laleo, lenguaje autoerótico). En otros casos, aparecen neologismos y manierismo verbal.

- **Hipercatexis del lenguaje**, específica de ciertas psicosis de la segunda infancia: búsqueda de un lenguaje adulto-morfo mediante un control y una maestría absolutos. El niño puede aprender las definiciones del diccionario o una nueva lengua... En todos los casos, la hipercatexis de lenguaje aparece como un obstáculo suplementario a la comunicación y sobre todo al intercambio afectivo.

c) Fallos en la catexis cognitiva

Además de las formas deficitarias que acompañan la evolución de la psicosis precoz (v. pág. 303) con frecuencia aparecen fallos bruscos en la capacidad intelectual. Son formas que clásicamente evocan las nociones de *debilidad evolutiva* (Targowla) o de *encefalopatía evolutiva enmascarada*. Es un cuadro parecido al de las «psicosis injertadas» (debilidad a la que se suman síntomas psicóticos). El fundamento teórico que sustenta esta terminología se basa en el hecho de que el *primum movens* del conjunto de perturbaciones observadas concierne a una etiología orgánica que amenaza la integridad del sistema nervioso central.

En ciertos casos se constata, especialmente en la fase aguda, el hundimiento de la eficiencia, que puede persistir más allá del período inicial. Cabe observar que dicho empobrecimiento intelectual suele aparecer como una defensa contra la vivencia psicótica de mutilación o de desrealización.

d) Trastornos de cariz neurótico

Recordamos únicamente la frecuencia de las fobias de aspecto arcaico y de las obsesiones. Las *fobias* pueden ser extensivas y cambiantes o por el contrario muy fijadas, racionalizadas por el niño y su familia (pág. 341). Las *manifestaciones de la serie obsesiva* son muy frecuentes y características. Los rituales pueden ser antiguos (rituales propios del acostarse), pero enriquecidos con nuevas manifestaciones: rituales de ordenamiento, de limpieza, de lavado (que a menudo esconden temores hipocondríacos o ideas delirantes de contaminación), de verificación (gas, electricidad, puerta, etc.), ritos conjuradores de tocar o de evitar (no tocar un peldaño).

Si la idea obsesiva es rara, la catexis obsesiva del pensamiento puede desembocar en intereses de sector de tipo exclusivo: interés por la prehistoria o el tiempo antiguo, por un determinado personaje, por las cifras, la mecánica, el cálculo (calculador de calendario). El enfoque psicopatológico de estas conductas ha sido abordado en la página 345.

e) Manifestaciones de ruptura con la realidad

En el niño, la distinción entre la fantasía, el sueño y la realidad se elabora progresivamente (v. pág. 194). Puede considerarse que por debajo de los 6 años la distinción es frágil en exceso para que pueda hablarse tanto de mentira como de delirio. A partir de esta edad, es posible la invasión brusca del pensamiento por las manifestaciones delirantes ideativas o sensorializadas, pero sigue siendo una eventualidad rara. En el curso de *episodios agudos* caracterizados por una intensa angustia, a menudo se observa:

1. *Bouffées* de angustia hipocondríaca o cinestésica: dolores de cabeza, de abdomen, impresiones somáticas diversas, dolores de espalda, de las extremidades, etc. Las angustias hipocondríacas expresan la fragilidad de la imagen corporal, el sentimiento *a minima* de transformación o la amenaza de mutilación.

2. Ideas delirantes polimorfas con frecuencia cercanas a una «fantasmaticización» exteriorizada demasiado fácilmente; son ideas difusas, lábiles, poco elaboradas. Predominan los elementos de cariz persecutorio. En el niño, no es frecuente la organización de un delirio construido, elaborado, pero puede observarse a veces, particularmente si el entorno familiar desempeña un papel facilitador.

3. La existencia de alucinaciones (percepción sensorial sin objeto) es discutible, según algunos autores. Ciertamente, la frecuencia admitida depende en gran parte del rigor con

que se las defina. La frontera con la ensoñación imaginativa o la fantasía no es siempre fácil de determinar (v. pág. 196). Las alucinaciones más frecuentes son auditivas, después visuales y cinestésicas. Muy características cuando van acompañadas de actitudes de escucha, son en general poco elaboradas (gritos, crujidos, órdenes sencillas).

3. Psicosis de la preadolescencia y de la adolescencia

Estas formas son tratadas en *Manual de psicopatología del adolescente* (Marcelli, Braconnier, De Ajuriaguerra. Masson, Barcelona, 1986).

C. ESTUDIOS PSICOMÉTRICOS y TEST DE PERSONALIDAD

El estudio psicométrico o de personalidad por medio de tests tropieza en muchos casos con la extrema deficiencia del nivel, con el retraimiento autista o con la indiferencia del paciente ante la tarea propuesta y la comunicación impuesta.

Cuando la evaluación es posible, debemos ser prudentes ante cualquier tentativa de uniformidad, dada la gran diversidad de los resultados.

1. Test de nivel

No existe una eficiencia o un perfil de eficiencia característico de las psicosis infantiles. En todos los estudios realizados sobre un gran número de niños se observa:

1. Dispersión de los CI globales sin unas características propias de este grupo en lo concerniente a los subtests. Cabe señalar el frecuente desfase entre la eficiencia verbal superior y la eficiencia visomanual (WISC: CIV > CIVM), especialmente en las psicosis de la segunda infancia.
2. Dispersión de los rendimientos en los diversos subtests en función de una catexis privilegiada y fluctuante, que en gran parte depende de la calidad del contacto entre el niño y el examinador.

La administración de pruebas piagetianas evidencia la reticencia del niño psicótico frente a fenómenos aleatorios, la inferioridad de las operaciones físicas en relación con las operaciones lógico-matemáticas, la incapacidad para situarse en el punto de vista del otro, y finalmente la dificultad para establecer la relación adecuada entre significante y significado. Son, pues, evidentes las dificultades experimentadas para una satisfactoria realización de la función simbólica.

2. Test de personalidad

El Rorschach ha sido especialmente estudiado. Pero también en este ámbito es difícil proponer un «perfil» característico de las psicosis infantiles, dado que la evaluación de las respuestas debe tener en cuenta la edad del niño. Los elementos más evidentes parecen ser: la masividad de la proyección, que no sólo hace fácilmente perceptibles las fantasías subyacentes, sino que, dada su intensidad, dificulta la agudeza perceptiva (incesante transformación de las percepciones, quejas sobre la rareza y la extrañeza del material). En todos los casos, la organización fantasiosa basal parece remitir a una

representación fragmentada de la imagen corporal, en el seno de una ansiedad aguda de la que el sujeto se defiende, sea mediante la proyección persecutiva, sea mediante el empobrecimiento de la percepción (protocolos «desechados»). De hecho, en el plano de la producción *«es falso hacer coincidir el término de psicosis con la abundante expresión de fantasmas arcaicos liberados a la menor sollicitación... Algunos protocolos poco ricos en expresiones manifiestas del fantasma, pero sorprendentemente desorganizados e ilógicos, pueden revelar una experiencia psicótica»* (Rausch). La evaluación debe, pues, considerar y comparar la expresión formal y la expresión fantasiosa.

D. EVOLUCIÓN DE LAS PSICOSIS INFANTILES

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

Del conjunto de los estudios consagrados a dicho problema sólo esbozaremos aquí las líneas principales. En un plano puramente descriptivo, se observan globalmente las evoluciones siguientes:

- **Evolución hacia la debilidad profunda o severa**, con persistencia o agravación de la no catexis cognitiva inicial. Estos casos evolucionan hacia el cuadro de las encefalopatías infantiles, conservando a veces algunos rasgos específicos.
- **Evolución centrada en el autismo**, manteniendo el estado inicial (“arrelacional”). El lenguaje puede haber sido adquirido, pero es extraño, asintáctico, siendo habitual la inversión pronominal. La intensidad del autismo constituye una barrera ante las tentativas de escolarización o de inserción profesional, a pesar de un rendimiento cognitivo a veces conservado parcialmente.

En los dos casos precedentes, en la edad adulta el cuadro clínico será el de una psicosis deficitaria o una psicosis esquizofrénica con predominio de sintomatología autista. En general, existe una absoluta dependencia institucional y el adulto no consigue la autonomía (hospitalización permanente) o sólo de forma parcial (hospital de día a medio plazo). Esta evolución se observa en una cuarta parte de los casos (Manzano y cols).

- **Mejora parcial** con evolución de la sintomatología:
 1. Hacia conductas mentalizadas de tipo fóbico o sobre todo obsesivas más 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 hacia la aparición de trastornos mayores del comportamiento, de tipo caracterial grave o psicótico. Expresan la tentativa de proyectar 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, constituye una posible ocasión de cambio. No es raro que la adaptación y tolerancia recíprocas 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 agudos del tipo *bouffée délirante* son también frecuentes. En algunos casos, esta evolución temporalmente caótica permite la reelaboración de la organización fantasiosa, 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».

En la edad adulta, estos pacientes entran en el cuadro de «trastornos de la personalidad» con un déficit cognitivo más o menos importante, pero frecuente. La inserción sociolaboral es precaria, el adulto suele depender de medios protegidos o especializados (CAT). Esta evolución afecta a alrededor de una cuarta parte de los pacientes.

- **Evoluciones favorables:** algunas veces se observa una relativa regresión del autismo, adquisición del lenguaje y un grado suficiente de adaptación social para permitir la escolarización y más tarde la actividad profesional. Así, de 11 pacientes descritos por Kanner en 1943, 2 accedieron a la inserción profesional y uno de ellos fundó una familia. No obstante, si se exceptúa el autismo de Kanner, algunos autores han comprobado frecuentemente buenas evoluciones en el conjunto de las psicosis infantiles. Por ejemplo, según Manzano y cols., alrededor de la mitad de pacientes llegan a ser adultos capaces de una inserción sociolaboral y una adaptación psicosocial normal o próxima a la normalidad. Estos pacientes se incluirían en el cuadro de los «trastornos de la personalidad», pero sin déficit intelectual.

Del conjunto de los estudios catamnéticos (Kanner, Eisenberg, Rutter, Goldfarb, Bender, Lébovici, Duché, etc.), pueden aislarse algunos factores que parecen poseer realmente valor pronóstico. No daremos aquí porcentaje alguno, puesto que esto depende ante todo del rigor con que haya sido seleccionada la muestra estudiada. Dado que dicho rigor varía de un autor a otro, cualquier estudio comparativo puede comportar error. No obstante, en el plano cualitativo, diversos autores hallan a menudo idénticos factores. De forma regular se hallan *cinco tipos de factores* responsables de *pronóstico desfavorable*.

- **Factores de pronóstico desfavorable**

1. *Existencia de factores orgánicos asociados a la psicosis infantil.* Se trata no sólo de afectación neurológica (Goldfarb), sino también de factores de morbilidad general (prematuridad, parto difícil) o de episodios somáticos precoces como deshidratación (Riviere, Jeammet).
2. *Ausencia de lenguaje más allá de los 5 años* (Kanner, De Myer) o aparición muy retrasada.
3. *Profundidad del retraso intelectual* en la primera evaluación (Rutter): cuanto más profundo sea el déficit inicial, tanto más sombrío será el pronóstico.
4. *Precocidad en la aparición de los trastornos.* Cuanto antes aparezca la psicosis, especialmente antes de los 2 o 3 años, tanto más cabe temer la persistente evolución hacia el autismo grave o la evolución profundamente deficitaria (Bender). Por otra parte, parece ser que la evolución globalmente progresiva y regular sitúa al niño al abrigo de descompensaciones agudas, tan frecuentes en las psicosis de aparición más tardía (Riviere y cols.).
5. *Calidad de la familia* (Bender). La existencia de patología psiquiátrica paterna, padres separados o ausentes y especialmente la carencia de sostén maternal son factores de mal pronóstico.

Factores de pronóstico favorable son los opuestos a los precedentes, especialmente la demora en la aparición. Algunos autores (Lébovici) subrayan que la existencia de fobias o manifestaciones obsesivas puede aparecer como factor pronóstico relativamente bueno, evitando concretamente la evolución deficitaria.

El tipo de tratamiento también puede influir en la evolución. Manzano y cols., destacan la importancia de mantener al niño en el medio familiar, siempre que éste sea satisfactorio, así como el papel positivo de una relación terapéutica prolongada con la misma persona durante prácticamente toda la infancia y la adolescencia.

E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las psicosis infantiles y, en especial, el autismo de Kanner deben diagnosticarse lo más precozmente posible para poder planificar adecuadamente la educación y el tratamiento. El problema es principalmente el de un diagnóstico positivo. Sin embargo, empiezan a diferenciarse algunas entidades semiológicas y/o nosográficas con rasgos de conductas similares al autismo infantil. Como ejemplo citaremos **el síndrome de Rett**, que se observa de forma creciente. Es una encefalopatía evolutiva no congénita, de etiología todavía desconocida (afectación metabólica, alteración de un neurotransmisor, ¿virus lento?), que sólo afecta al sexo femenino. Los criterios diagnósticos son los siguientes (Aicardi y cols.):

1. Desarrollo neurológico y mental normal durante los 7-18 primeros meses de vida.
2. Detención del desarrollo a partir de esta edad, seguido de deterioro mental y conductual rápido, que conduce a un estado de demencia con autismo en menos de 18 meses.
3. Pérdida de la manipulación voluntaria reemplazada por estereotipias de las manos (entre las cuales algunas parecen muy características: frotamientos de las manos cruzadas delante del pecho, toqueteos de los dientes con los dedos doblados).
4. Ataxia del tronco y de la marcha.
5. Microcefalia adquirida.
6. Período prolongado de estabilización aparente con aparición insidiosa de anomalías neurológicas (síndrome piramidal moderado, epilepsia, alteraciones vasomotoras, etc.).
7. Sexo femenino.

En el síndrome de Rett no se han observado algunas de las conductas frecuentes en el autismo infantil: los juegos estereotipados -rotación de objetos de pequeño tamaño-, el rechazo del contacto corporal y las señales de afecto convencionales, la hiperactividad motora y el apego excesivo a determinados objetos.

No existe un tratamiento específico conocido. Aunque puede ser necesario un apoyo psicológico de los padres, sin duda, en el enfoque terapéutico del niño deberá tenerse en cuenta el diagnóstico de este síndrome.

II. Enfoque genético e hipótesis de predominio orgánico

A. ENFOQUE GENÉTICO

Basándonos en Carlier y Roubertoux, distinguiremos los factores genéticos hallados en las psicosis precoces de los propios de las psicosis de la segunda infancia.

1. Genética de las psicosis precoces

El estudio del riesgo en los padres y hermanos de un niño autista es variable. Según Roubertoux, el riesgo de esquizofrenia en los antecesores es nulo. Nuestra experiencia personal, ciertamente limitada a algunos casos, está en contra de dicha afirmación (un niño autista con el padre esquizofrénico, y un niño autista con el padre esquizofrénico y la abuela paterna esquizofrénica).

En cuanto a la incidencia en los hermanos, oscila entre el 1,6 y el 1,8 %, netamente superior ($\times 188$) al riesgo de la población general ($8,6 \times 10^{-1}$).

La evaluación estadística resulta afectada por numerosos sesgos, sobre todo en niños todavía pequeños, frecuencia de abortos espontáneos en las madres de los niños autistas, etc.

Los estudios de mellizos (Rimland, 1964; Folstein y Rutter, 1977) evidencian un índice más elevado de autismo en los gemelos monocigóticos (100 % según Rimland, 36 % según Folstein y Rutter) que en los dicigóticos. Estos resultados hablan en favor de la intervención de factores genéticos, pero el método no permite conclusiones definitivas sobre un modo de transmisión.

2. Genética de las psicosis de la segunda infancia

Los estudios genéticos tienden a probar que el grupo de las psicosis infantiles tardías es distinto del precedente.

El riesgo en los antecesores es muy variable puesto que oscila entre el 0 (Rutter) y el 43,3 % (Bender). Además, las categorías nosográficas adoptadas por L. Bender son muy frágiles (¿esquizoidia probable?). Si se adopta un criterio más estricto y cuantificable, por ejemplo, el índice de hospitalización psiquiátrica en los ascendientes, el riesgo oscila alrededor del 2,5 %, que es superior al promedio de la población general (0,8 %).

Entre los hermanos, el riesgo oscila entre el 0,67 y el 9 %, pero la mayoría de autores no precisan la edad de los hermanos, ni en el momento de la exploración, ni al iniciarse la enfermedad.

En resumen, puede decirse que estos estudios sobre el riesgo de morbilidad *«tienden a confirmar el carácter familiar de las psicosis infantiles distintas del autismo, sin que sea posible predecir si dicho carácter es imputable a factores genéticos o a factores ambientales comunes»* (Carlier y Roubertoux).

El estudio de los gemelos está fundamentado esencialmente en el trabajo de Kallmann y Roth sobre 52 parejas de mellizos. La concordancia de las psicosis infantiles tardías es del 70 % en los monocigóticos y del 17 % en los dicigóticos. Esta tasa es análoga a la observada en patología adulta y sugiere la hipótesis de una continuidad patogénica entre las psicosis infantiles tardías y las psicosis del adulto.

3. Conclusión

Carlier y Roubertoux concluyen su investigación señalando que:

1. El análisis genético muestra que el autismo infantil es una entidad nosográfica diferente de las otras psicosis del niño.
2. Las psicosis tardías son probablemente de etiología heterogénea. No debe descartarse la hipótesis de una heterogeneidad genética (modo de transmisión diferente tendiendo a un mismo fenotipo).

En conjunto, los autores se muestran muy prudentes y evitan cualquier manifestación intempestiva en materia de psicosis infantiles y de genética. El origen genético es una hipótesis probable, pero ni única ni segura en sus modalidades.

B. HIPÓTESIS DE PREDOMINIO ORGÁNICO

1. Resultados de las investigaciones

El conjunto de trabajos dedicados a la investigación de una anomalía orgánica en las psicosis infantiles es impresionante, sobre todo en el campo del autismo infantil de Kanner. Desde hace varios años, los resultados acumulados parecen demostrar la existencia de una anomalía neurológica (o diversas anomalías), cuya localización, naturaleza y papel no están, de todas formas, determinados con exactitud.

1. *Estudios cromosómicos*: se han descrito casos de asociación de autismo y anomalías genéticas: X frágil, asociación con la fenilcetonuria. No obstante, estas asociaciones no son sistemáticas.

2. *Estudios anatómicos*: hasta la aparición de la RM (v. pág. 70) no se habían obtenido resultados concluyentes y específicos. No obstante, un reciente estudio neuroanatómico sobre la morfología del cerebelo, estudiada gracias a cortes sagitales mediante RM (Courchesnes y cols., 1988), ha demostrado la existencia de una atrofia específica moderada, pero significativa, de los lóbulos VI y VII del cerebelo (una disminución media del 50 % de la superficie del corte sagital, en comparación con los controles sanos): 14 pacientes de 18 individuos autistas, de 6-30 años, presentaban dicha anomalía. La comparación con un grupo control permite sugerir que estas anomalías son específicas del autismo precoz. Esta atrofia puede estar relacionada con la hipótesis de un defecto cognitivo (papel desempeñado por estos lóbulos en los diversos procesos de integración perceptiva, motora y sensorial).

3. *Los estudios electroencefalográficos* (EEG) ponen de manifiesto frecuentemente la existencia de anomalías inespecíficas y no localizadas (anomalías paroxísticas difusas, descargas de ondas lentas, etc.).

4. *Los estudios bioquímicos* han abordado diversos campos: neurotransmisores (serotonina y catecolaminas), enzimas (dopamina betahidroxilasa, glutatión peroxidasa), metabolismo s (del calcio, aminoácidos, péptidos, etc.). Como indica D. Sauvage: «En la actualidad, no es posible describir una semiología biológica característica del autismo». Pero indudablemente los resultados de estos estudios muestran la existencia de alteraciones que, a pesar de todo, son variables, inconstantes y de dudosa significación. Probablemente, el resultado más constante es el aumento de los valores plasmáticos de serotonina hallado en pacientes autistas. Sin embargo, todavía resulta difícil precisar el significado exacto de este aumento (alteración de la regulación, exceso de síntesis, defecto del catabolismo, localización central o periférica, etc.).

5. *La búsqueda de una deficiencia sensorial mínima* no se ha puesto nunca de manifiesto, exceptuando los casos bien conocidos de asociación psicosis-sordera o psicosis-ceguera (v. págs. 256 Y 260), cuando las exploraciones se llevan a cabo sin la participación activa del paciente.

6. *Una reciente hipótesis bioquímica o enzimática* constituye una interesante línea de investigación: algunos autores, al comprobar la elevada frecuencia de abortos espontáneos en las madres de niños autistas, han elaborado la hipótesis de una anomalía relacionada con una enzima fetal (molécula que sería indispensable durante la vida fetal pero de escasa utilidad después del nacimiento o poco después del mismo).

2. Hipótesis orgánicas propuestas

Al margen de estos trabajos, numerosos autores se inclinan por hipótesis etiológicas. En la mayoría de los casos el objetivo reside en delimitar una eventual anomalía que sería la responsable de las psicosis infantiles concebidas según el modelo médico: etiología ~ anomalía cerebral ~ síndrome ~ síntoma.

Evidentemente, el autismo de Kanner, a pesar de su rareza, encaja especialmente bien este modelo, dado su cuadro clínico estereotipado. De forma rápida, revisaremos las distintas hipótesis subrayando que no han podido ser confirmadas de modo definitivo.

Algunos se basan en las perturbaciones sensoriales como fundamento etiológico. Goldfarb y Pronovost creen que el niño psicótico evita el empleo de sus receptores a distancia (vista, oído) y potencia sus receptores próximos (tacto, olfato, gusto). Rimland opina que los niños autistas son inaccesibles a los estímulos externos, quizá debido a alguna lesión residente en el sistema reticular. Por el contrario, Bergman y Escalona estiman que el niño psicótico se defiende mediante su retraimiento de una exacerbada sensibilidad a los estímulos externos, especialmente los auditivos y visuales.

Otros autores sitúan de modo preferente la anomalía, no en el campo sensorial, sino en el seno de los procesos cognitivos. Goldstein, por ejemplo, supone una agenesia del soporte del pensamiento abstracto. Rutter, a su vez, considera que los niños autistas padecen un trastorno primario central del lenguaje, que implica a la vez la comprensión y su utilización. Este «defecto cognitivo» (Rutter) podría ser el origen de las dificultades o la incapacidad de los niños autistas para percibir y discriminar los diversos afectos y emociones (sobre todo a través de la mímica facial), así como para profundizar en el conocimiento de los demás (p. ej., incapacidad para representarse el pensamiento o las emociones de los demás e incapacidad para imitar las conductas sociales). Sin embargo, no se han determinado la localización y el mecanismo de este «defecto cognitivo».

A estas teorías, que podríamos llamar puramente constitucionalistas, se añaden otras hipótesis en las que un déficit en la dotación implicaría unas distorsiones relacionales que explicarían el autismo. Según L. Bender, existe un déficit de dotación en las funciones neurovegetativas y en la regulación del tono que impide al niño establecer una comunicación satisfactoria con la madre y, a su vez, impide a la madre adaptar correctamente su actitud a la del niño. El déficit de dotación sería el origen del carácter progresivamente patógeno de la relación madre-niño. Anthony formula la hipótesis de la distorsión relaciona!, sea a causa de una «barrera» cuyo espesor es excesivo, impidiendo cualquier información satisfactoria (autismo primario idiopático), sea, por el contrario, a causa de una «barrera» insuficiente, que convierte al bebé en un ser en exceso vulnerable a la menor estimulación. En el primer caso, si la madre no es muy afectuosa, la barrera se solidifica; en el segundo, el bebé eleva su barrera defensiva ante unas estimulaciones excesivas, percibidas como dolorosas.

III. Enfoque psicopatológico e hipótesis de predominancia psicogenética

A. ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO

Si bien existen grandes variantes semiológicas entre uno y otro psicótico, variantes todavía más acentuadas por las diferencias de edad importantes, no podemos negar una cierta similitud psicopatológica en algunos detalles. Describiremos aquí la naturaleza del funcionamiento mental (el «cómo» de la psicosis) sin prejuzgar el proceso iniciador (el «porqué»).

Este conjunto de rasgos psicopatológicos podría constituir lo que algunos autores llaman el «núcleo psicótico», terminología que suscribimos siempre y cuando no implique la aceptación de la hipótesis de algún proceso patógeno (p. ej., al igual que ocurre con la anomalía enzimática de la fenilcetonuria). Entendemos por «núcleo estructural psicótico» un conjunto de mecanismos psicopatológicos conducentes a unas conductas mentalizadas o actuadas, cuya asociación se observa a menudo en este tipo de pacientes. Hablar de «núcleo psicótico» implica, pues, no situarse en el eje etiológico, sino únicamente en el eje psicopatológico. Desde esta perspectiva el «núcleo estructural psicótico» se refiere a:

1. **Existencia de una angustia primaria** de aniquilación, mutilación o absorción que implica la total disolución o la destrucción del individuo. En clínica, las crisis de angustia de los niños psicóticos pueden alcanzar grados extremos.
2. **No distinción entre el Yo y el no-Yo**, el no reconocimiento de sus límites y de los del otro. La expresión clínica de este hecho vendría dada por la ausencia de sonrisa ante el rostro humano, la no aparición de ansiedad ante el extraño o ciertas reacciones paradójicas, la manipulación del propio cuerpo y del de los otros como un instrumento externo, la no percepción de los límites corporales que desemboca en frecuentes caídas, heridas, accidentes, etc., sin asomo alguno de actitud protectora.
3. **Ruptura con la realidad** como consecuencia de la no delimitación precisa del contorno de sí mismo. La realidad externa se incluye en sí, y permanentemente amenaza su existencia. En clínica se observa a menudo la defensa contra esta ruptura con la realidad, ilustrada por la necesidad imperiosa de «identitud» (v. pág. 300), o por el repliegue autista y las actitudes que lo acompañan. Mínimos cambios externos, tales como cambios de decoración, un nuevo peinado de la madre o de la cuidadora pueden suscitar la aparición de reacciones catastróficas.
4. **Prevalencia de los procesos primarios** sobre los procesos secundarios: la no relevancia del tiempo y/o del espacio, asociada a las características precedentes, mantiene al niño psicótico en el ámbito de los procesos primarios, en el que cualquier afecto debe ser instantáneamente evacuado. Si no es así, corre el riesgo de aniquilar al sujeto o de aniquilarse él mismo. Esta prevalencia de los procesos primarios explica los distintos mecanismos defensivos utilizados por el niño psicótico y especialmente el papel de la descarga motriz externa: la importancia del paso al acto, de las hetero y autoagresiones, de los trastornos conductuales, y de las estereotipias o balanceos, sobre todo cuando el niño es invadido por un afecto.
5. La **ausencia de nexo entre las pulsiones libidinales y las pulsiones agresivas** o, según algunos autores, entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte conduce a un estado de desintrincación pulsional y a la frecuente preeminencia de pulsiones agresivas o pulsiones de muerte. Los fantasmas son invadidos por estas pulsiones mortíferas: imágenes de engullimiento, aniquilación, descuartizamiento, devoración, explosión, etc.,

sin que las pulsiones libidinales puedan “sujetan” o “secundarizan” tales fantasías; de ahí la especificidad de la angustia.

6. Utilización de mecanismos de defensa arcaicos. Frente a esta ausencia de coherencia y de límites del Yo y de la persona, frente a esta vida fantasmática dominada por los procesos primarios, la angustia arcaica y las ideas destructoras, el funcionamiento mental utiliza **mecanismos de defensa** específicos, a los que gustosamente llamaremos **arcaicos**. Los expondremos sucintamente:

a) La *identificación proyectiva* es causa y consecuencia de la no distinción Yo/no-Yo. Especialmente estudiada por los autores kleinianos, la identificación proyectiva patológica mantiene al niño inmerso en un universo caótico. Su ilustración clínica vendría dada por la frecuente inversión pronominal (el niño psicótico repite las palabras oídas sin ser capaz de erigirse en sujeto de su discurso; no es siempre más que el portavoz de alguien).

b) La *escisión* presenta numerosas consecuencias: la vida afectiva, la intelectual y el entorno son, sin cesar, objeto de una fragmentación que dificulta la adquisición de una experiencia vivida en su continuidad. A menudo se trata de una escisión cualitativa, tendente a un mundo maniqueo: *bueno-malo, bien-mal, fusión-abandono, amor-odio*, sin continuidad, sin transición posible de uno a otro.

c) La *introyección*, la *negación*, la *idealización* y la *omnipotencia* (estas últimas forman parte de lo que se ha dado en llamar las «defensas maníacas») también son descritas. Estos mecanismos son un correlato de los precedentes, cuyos efectos a veces refuerzan. Así, la idealización tiende a construir un objeto magnífico, todopoderoso y a la vez terrible (con frecuencia, la imagen de la madre), cuya protección hay que conseguir, pero al precio de la renuncia a la individualidad.

Esta primera línea de defensas representa en su conjunto lo que M. Klein ha llamado la *posición esquizo-paranoide* descrita por ella a partir de niños psicóticos a los que analizaba (v. pág. 33). Numerosos autores formulan actualmente la hipótesis de un estado aún más arcaico, la *posición autista* (Marcelli), que se caracterizaría por la utilización de mecanismos de defensa más específicos. D. Meltzer ha propuesto los procesos siguientes:

1. *Identificación adhesiva*, que produce una dependencia absoluta adhiriéndose, y en la que no hay ningún tipo de existencia separada, ningún límite entre el objeto y la persona. La identificación adhesiva comporta la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, con gran sensibilidad hacia los agujeros y las roturas. Por el contrario, el interior, el estado afectivo interno de los objetos, es por lo general ignorado. La conducta, tan característica de los niños autistas, de coger la mano del otro para utilizarla como una prolongación de sí mismo puede considerarse un ejemplo de identificación adhesiva en la medida en que por lo general lleva asociada la ausencia de *pointing* (v. D. Marcelli, pág. 13).

2. El *desmantelamiento* es un proceso pasivo que consiste en dejarse ir, en recortar las experiencias según las líneas de la sensorialidad para tender a una colección dispersa de objetos unisensoriales, es decir, portadores de una sola y única calidad: la vista, el tacto, el gusto, el oído, son sensaciones aisladas unas de las otras, a las que se pegan un fragmento de objeto o un objeto percibido a través de un solo registro sensorial. La experiencia emocional es asimismo dispersa, de acuerdo con las líneas de la sensorialidad. En clínica, la utilización de los objetos autistas (v. pág. 213), títeres

mecánicos desarticulados, ruedas que giran indefinidamente, son un ejemplo del papel que desempeña el desmantelamiento.

Descrito así sucintamente, el «núcleo psicótico» que se organiza alrededor de la posición esquizo-paranoide o de la posición autista (o incluso, caso muy frecuente, oscilando entre ambas posiciones) se observa en las formas clínicas de las psicosis infantiles, con algunas variantes que en realidad traducen la prevalencia de uno de estos mecanismos sobre los otros. Además, no es raro observar en el transcurso del crecimiento de un mismo niño cambios de conducta que ponen de manifiesto las evoluciones en la organización defensiva. Asimismo nos parece que existe continuidad estructural en el seno del conjunto de las psicosis infantiles, lo que no implica, repetimos, identidad etiológica.

B. HIPÓTESIS PSICOGENÉTICA FUNDAMENTADA EN EL AMBIENTE: PAPEL DE LOS PADRES

Reagrupamos aquí algunas propuestas teóricas o descripciones clínicas en las que el entorno, en su acepción más amplia, tiene un importante papel en la aparición y posterior mantenimiento de la psicosis infantil. Estas hipótesis etiológicas no son siempre exclusivas: pueden estar asociadas a otros factores constitucionales, hereditarios, adquiridos, psicogenéticos u orgánicos.

Las publicaciones sobre los padres de niños psicóticos son abundantes, pero están orientadas casi exclusivamente hacia el estudio de los padres de niños autistas. Existen pocos trabajos consagrados al contexto familiar de las psicosis en la segunda infancia; generalmente están agrupados con los estudios de las familias de los esquizofrénicos adultos.

Citaremos únicamente aquellos puntos que parecen ser más significativos para las psicosis infantiles.

Kanner ha sido el primero en describir cierto perfil psicológico de los padres de 11 niños autistas, tema de sus primeros trabajos. Recordemos que, según él, estos padres se caracterizan por su elevado nivel intelectual y sociocultural, así como por su frialdad, mecanización y cierta obsesividad aparente. Serían unos padres limpios, dignos, fríos. Más que amar a sus hijos les observan. *"Los niños son objeto de observación y de experiencias, educados bajo un prisma crítico, sin auténtico calor ni alegría de vivir."*

En realidad, parece que estas características, aunque frecuentes, no son constantes y dependen en parte de la forma en que se seleccionó la población estudiada por Kanner.

De los estudios más recientes (Rutter, Goldfard y Meyers, Ackerman) podemos entresacar lo siguiente:

1. Un origen y nivel sociocultural variable, pero que parece distribuirse entre dos extremos: un polo con un nivel altamente desfavorecido y otro polo de nivel cultural superior.
2. Gran cantidad de situaciones difíciles (divorcio, familia incompleta, inserción en una institución, etc.).
3. Atmósfera y organización familiar a menudo confusas: papeles paternos poco diferenciados o cambiantes, separación entre generaciones imprecisa e incierta, etc. Existen algunos autores que consideran que se necesitan tres generaciones para «fabricar» una psicosis infantil (Bowen, Lébovici).

4. Son habituales las situaciones dramáticas (Ackerman), el desconcierto paterno (Goldfard y Meyers), la mistificación (Lang). El niño psicótico a menudo es objeto de intensas y contradictorias proyecciones fantasmáticas paternas, sin relación alguna con su auténtica realidad existencial. Asimismo, son muy tenues las fronteras entre la realidad y las fantasías familiares.

5. Finalmente, han sido descritos ciertos modelos específicos de comunicación intrafamiliar, hallados en el seno de familias de esquizofrénicos por el grupo de investigación de Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Beavin). Se observan también en las familias de niños autistas.

Así, el «doble vínculo» o *double impasse (double bind)* es una forma específica de comunicación impuesta por la madre u otro miembro importante de la familia, al que el niño no puede escapar. El emisor envía un doble mensaje, contradictorio en su contenido, pero emitido a niveles diferentes. Por ejemplo, un mensaje verbal asociado a un mensaje analógico (mímica, inflexión de la voz, etc.) de significación opuesta. Inmerso en esta situación de la que no puede desprenderse, dada la necesidad vital de mantener el vínculo, el receptor (niño) se halla ante la imposibilidad de asignar unos «tipos lógicos» a las percepciones y mensajes, así como de dar una respuesta adaptada. La respuesta «loca» no es más que una tentativa desesperada para satisfacer este «doble vínculo».

Además de este «doble vínculo», Watzlawick describe otros modos de comunicación patológica («tangencializaciones», «descalificaciones», «paradoja»), observados sobre todo en el seno de las familias de esquizofrénicos adultos.

Sea cual sea el valor que se atribuya a estas hipótesis etiológicas, resulta artificial en nuestros días intentar definir una tipología caracterial de los padres de niños psicóticos, puesto que es habitualmente imposible separar las reacciones paternas ante la psicosis de su hijo de la causalidad familiar de la psicosis infantil.

Algunos trabajos tienden a mostrar el intenso desconcierto que la reacción del niño autista puede suscitar en la madre, modificando así sus conductas habituales: la carencia de contacto visual, la ausencia de toda actitud anticipadora, un diálogo tónico perturbado o inexistente, son actitudes que no aportan a la madre satisfacción alguna y, por ende, no resulta gratificante su maternidad. Estas actitudes del niño, en ocasiones muy precoces, pueden comportar en la madre turbación, distanciamiento, y más tarde un comportamiento mecanizado e incluso rechazo. Según Soulé, la madre del niño autista no puede llorar \r su hijo imaginario (el niño inventado durante la noche o fruto de la fantasía) debido a la imposibilidad o incapacidad para establecer una comunicación mutuamente satisfactoria con el niño real (el niño cotidiano, el autista de cada día). Con este tipo de dialéctica, y conociendo la crucial importancia de los primeros intercambios madre-hijo, resulta difícil y arbitrario dilucidar hasta qué punto el comportamiento de los padres y el del niño son causa o consecuencia.

C. HIPÓTESIS PSICOGENÉTICAS FUNDAMENTADAS EN EL NIÑO O EN INTERACCIÓN PADRES-HIJO

- La **aportación de M. Klein** es esencial cualesquiera que sean las controversias que suscite. Recordemos que, según dicha autora, el desarrollo del niño normal pasa por fases arcaicas y que las primeras angustias experimentadas son de naturaleza psicótica. Las defensas organizadas contra dichas angustias caracterizan la «posición esquizo-paranoide» propia de los primeros meses de vida. La psicosis infantil, de algún modo, no sería otra cosa que la persistencia de esta fase más allá del período normal. Hay que

subrayar que M. Klein no confunde el desarrollo normal de un bebé con el estado de un enfermo comprobado, confusión que a menudo y erróneamente se le atribuye. En el caso del psicótico, niño o adulto, la persistencia y la exacerbación de los tipos de defensa arcaicos son debidas a la intensidad de las pulsiones agresivas y destructoras que no han permitido el desarrollo pleno de las pulsiones libidinales.

A fin de defenderse de la agresividad primaria, experimentada como dañina y mortífera, el sujeto psicótico divide, escinde y proyecta sus afectos sobre los objetos circundantes. Mediante *escisión e identificación proyectiva*, los objetos que le rodean pierden sus propias características y se convierten en peligrosos y perseguidores. A fin de poder defenderse de ellos, el sujeto psicótico introyecta las partes buenas de dichos objetos y de su Yo en un conjunto confuso, pero que debe ser omnipotente y omnisciente (defensa maníaca) a fin de luchar contra los objetos malos externos.

En el niño normal, la constatación de la realidad, los progresos de la maduración y la permanencia de la pulsión libidinal le permiten superar la posición esquizo-paranoide, afrontar la posición depresiva y acceder a la ambivalencia neurótica. En el niño psicótico, la intensidad de las pulsiones agresivas (sean de origen congénito o adquiridas a través de un inadecuado maternaje) impide la reconstrucción del objeto y del Yo, acentúa la división y la identificación proyectiva y mantiene al sujeto en la posición arcaica.

Sin retomar los fundamentos de esta teoría, los seguidores de M.

Klein han hecho hincapié en algunos puntos específicos. *H. Segal* ha descrito la emergencia de la organización simbólica. En el niño psicótico, existe lo que él llama una «ecuación simbólica», debida especialmente a la identificación proyectiva: el objeto original y el símbolo no están diferenciados en el pensamiento psicótico. Las permutaciones entre los fragmentos de los objetos y los fragmentos del Yo son incessantes, desdibujando el contorno de la realidad e impidiendo el acceso a un satisfactorio manejo del mundo simbólico y por ende del pensamiento.

- **F. Tustin**, partiendo de algunos trabajos de Winnicott, centra sus investigaciones sobre la «depresión psicótica». Ésta consiste en 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 maníaca. 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. Las «señales autistas» desempeñan precisamente este papel: la persistencia de una «señal-sensación» incluso en ausencia del «objeto»; la atención del niño autista se centra en esta sensación corporal que garantiza dicho sentimiento de continuidad.

- **Margaret Mahler** estudia la evolución de la relación madre-hijo bajo el ángulo específico de la autonomía progresiva de este último. A la luz de los trabajos de psicología genética (Spitz) y de su teorización (Hartman) M. Malher describe varias fases y subfases en dicho procesos, de autonomía.

En la «fase autista inicial» o «autismo normal», el bebé no es consciente ni de su individualidad ni de la de su madre: oscila entre fases de satisfacción y fases de necesidad. Se halla entonces en un estado de «desorientación alucinatoria primaria», en el que la satisfacción de sus necesidades depende únicamente de su omnipotencia autista. Lentamente, el niño accede a la «fase simbiótica» cuando se hace «capaz de atender y anticipar confiadamente la satisfacción», gracias a las huellas amnésicas que el placer de la gratificación ha dejado. La pura necesidad fisiológica se convierte en

«deseo», se inicia el esbozo del Yo y del objeto simbiótico. Poseyendo de antemano una confusa conciencia del «principio maternante», el niño se siente unido inicialmente a la madre buena en el seno de una membrana simbiótica, mientras que los objetos malos son proyectados al exterior de dicha membrana sobre el mundo circundante. En este estadio, el máximo peligro consiste en la pérdida del objeto simbiótico, lo que equivale a la pérdida de una parte de sí mismo.

La tercera fase, llamada de separación-individuación (de los 6 a los 30 meses), aparece «cuando el niño, debido a su desarrollo, está muy cerca de su funcionamiento autónomo y disfruta con ello». La explosión motriz del niño le permite apartarse de la madre, aunque sigue utilizándola como «señuelo externo de orientación». Lentamente, la interiorización de los objetos y la adquisición de la noción de permanencia del objeto confieren la seguridad necesaria para la autonomía.

De hecho, hay un desfase entre la noción de permanencia del objeto (según Piaget) y la adquisición de permanencia del objeto libidinal. Esta última es mucho más progresiva, *estridente, caótica e inestable hasta los 30 meses*. En este estadio, el riesgo mayor es el de la pérdida del objeto.

M. Malher concibe la psicosis infantil como el resultado de los fracasos en el proceso 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 orgánico del niño sobre un Yo frágil>>*) como en la madre. Así, en el desarrollo del niño hay algunas fases que no pueden ser superadas, dada la angustia masiva que suscita el acceso al objetivo siguiente. Para defenderse de ello, el niño utiliza lo que M. Malher llama los «*mecanismos de sostén*», que se oponen en la progresión del desarrollo. Así pues, las organizaciones patológicas no son exclusivamente fijaciones en un estadio normal del desarrollo. A ellas se unen siempre unos mecanismos específicos tendentes a bloquear la fluidez estructural habitual.

En el caso de las *psicosis autistas*, el mecanismo de sostén es una conducta alucinatoria negativa que anula cualquier percepción del mundo externo, incluida la madre. En las *psicosis simbióticas*, el principio «maternante» sí 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).

En realidad, esta clara oposición entre psicosis autista y psicosis simbiótica resulta mucho menos neta en ulteriores trabajos de M. Malher, habiendo reconocido esta autora numerosas formas de transición.

- **Según Winnicott**, 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 (*holding*), le cuida (*handling*) y le muestra los objetos (*object-presenting*), de forma que él cree ser su creador. Si la madre falla, el bebé puede experimentar «angustias impensables» o «agonías primitivas» tales como el retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de la 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. Según Winnicott, al contrario de lo que opinan M. Klein y en menor medida M. Malher, no se trata de la fijación en los estadios normales del desarrollo, sino de una organización desviada, patológica y específica.

Nos hemos limitado a estos autores, arbitrariamente, al hablar de las hipótesis teóricas concernientes a las psicosis infantiles. Habríamos podido citar también a Bettelheim (noción de situación extrema), Lébovici, Diatkine y sobre todo a Lacan y a su escuela. En cualquier caso convendría remitirnos a la totalidad de su elaboración teórica, puesto que la psicosis infantil ocupa en ella un lugar importante. Nos ha parecido más útil para el lector ofrecer un simple repaso de las principales teorías sobre este vasto dominio.

IV. Tratamiento

El tratamiento de las psicosis infantiles constituye un problema especialmente complejo dado que el clínico no conoce con exactitud los factores etiológicos precisos y su importancia relativa en la aparición de esta patología.

Hoy en día, la mayor parte de «teorías etiológicas» permanecen siendo meras hipótesis (de ahí el título de los apartados precedentes) y deben comprenderse como tales. No obstante, el enfoque terapéutico depende sin ninguna duda de los modelos teóricos del clínico. Ésta es la razón de que el tratamiento de las psicosis infantiles sea a menudo objeto de una postura dogmática más que de una discusión científica, en la cual deberían suscitarse dudas, con un espíritu abierto. El dogmatismo ha provocado y suscita todavía algunos excesos y algunas exclusiones. Si bien en la década de los setenta se asistió a un dogmatismo psicoanalítico, hoy en día ha sido sustituido por un dogmatismo educativo o conductista sin interés evidente para el niño psicótico y su familia.

La mayor parte de clínicos coinciden en la necesidad de un enfoque terapéutico multifocal que excluya pautas rígidas preestablecidas y sea capaz de adaptarse a las situaciones individuales y a las evoluciones observadas en el curso del crecimiento. De hecho, es conveniente considerar la heterogeneidad relativa del grupo de psicosis infantiles que fluctúan desde el autismo grave deficitario del niño pequeño hasta la psicosis del preadolescente pasando por las prepsicosis «graves» y las disarmonías de carácter psicótico.

Por razones epidemiológicas, pero también institucionales y humanas, la mayor parte de centros terapéuticos de asistencia de niños psicóticos no llevan a cabo una selección rigurosa de un solo tipo de patología (p. ej., hospital de día reservado sólo a niños «autistas»), aunque algunas situaciones clínicas plantean problemas específicos. En este apartado, nos centraremos en el enfoque terapéutico de las psicosis infantiles precoces. Sean cuales sean las estrategias terapéuticas utilizadas, es necesario que los objetivos prioritarios del tratamiento de un niño psicótico sean:

1. Hacer emerger al individuo como persona.
2. Proporcionar a esta persona la posibilidad de una comunicación auténtica tanto consigo misma como con los demás.

Las intervenciones terapéuticas son numerosas y variadas. En este apartado, sólo se citarán puesto que se explican detalladamente en la última parte del libro (v. Quinta

parte: Terapéutica). En todos los casos, es un tratamiento prolongado durante gran parte de la infancia o la adolescencia. Los factores esenciales de la eficacia terapéutica son la coherencia del contexto terapéutico, la estabilidad del mismo y el mantenimiento de relaciones duraderas con los cuidadores.

- Las **psicoterapias** constituyen un enfoque básico de las psicosis precoces. De todas formas, no siempre es posible llevar a cabo una psicoterapia, bien por razones prácticas o bien porque no se reúnen las condiciones necesarias para un desarrollo adecuado (v. pág. 533: Limitación y contraindicación de la psicoterapia). Las psicoterapias dinámicas utilizan referencias psicoanalíticas con frecuentes adecuaciones a la forma de comunicación con el niño. Las interpretaciones propuestas por el terapeuta dependen, en parte, de su modelo de comprensión, en especial de los trabajos de autores posteriores a Klein (D. Meltzer, F. Tustin y G. Haag) o situados en la perspectiva de W. Bion (D. Houzel). En el niño pequeño, la psicoterapia madre-hijo, en ocasiones realizada en el domicilio, permite observar problemas en la interacción, recomendar a la madre un ambiente de seguridad, favorecer la intervención de una tercera persona en una relación de tipo fusional o diádico e introducir en la madre la dimensión del sentido común, pero asimismo abordar sus angustias persecutorias o depresivas, que a menudo movilizan una importante energía defensiva.

Estas psicoterapias conceden un importante papel a la utilización del lenguaje como medio de comunicación, confiriendo un sentido especialmente transferencial a los síntomas o acontecimientos presentes y pasados de la vida del niño.

No obstante, en numerosos casos, parece necesario utilizar técnicas más regresivas, especialmente *enfoques con mediadores corporales*: terapia psicomotora individual o de grupo, posiblemente utilizando un objeto mediador (agua, tierra, arcilla). En los niños con regresiones muy notables, desorganizados o angustiados, las intervenciones tipo «paquete terapéutico» pueden procurar un contenido de seguridad para el niño, movilizar a los cuidadores y favorecer movimientos regresivos a partir de los cuales es posible una reestructuración física y/o psíquica. En estos niños, tienen un interés esencial estos diversos enfoques terapéuticos de mediación corporal. A menudo se llevan a cabo en el marco de un hospital de día (v. pág. 543).

- **Tratamientos educativos y reeducativos.** Cualquiera que sea el tipo de tratamiento o pedagogía recomendado, es determinante la calidad de la relación establecida entre el niño psicótico y el cuidador o maestro. El niño progresa a partir de esta relación. A menudo, el tratamiento logopédico apenas tiene utilidad mientras el niño rechaza la comunicación no solamente verbal sino también gestual, mímica y tonicopostural. En estos casos es necesaria una fase preparatoria, en ocasiones en un contexto de grupo con una terapia interdisciplinar: terapeuta psicomotor y logopeda. Pese a ello, es necesario recomendar una logopedia con las adaptaciones necesarias cuando el niño parece acceder a la comunicación verbal. Algunos estudios catamnéticos (J. Manzano) han puesto de manifiesto el interés de una relación perdurable con un logopeda y en este contexto la posibilidad de aparición del lenguaje a una edad en la que sería de prever una ausencia definitiva del lenguaje.

Los tratamientos educativos, es decir, la posibilidad de que el niño psicótico adquiera las principales conductas sociales que le permitirán conseguir autonomía (para comer, vestirse, asearse, control de esfínteres), constituyen el objetivo de los tratamientos institucionales (hospital de día) cuando la gravedad de la patología no ha permitido que estas adquisiciones se llevaran a cabo en el medio familiar.

- Es necesario no pasar por alto el **soporte pedagógico** cuando el niño alcanza la edad preescolar y después la escolar (a partir de los 45 años, más a menudo 6-7 años). Es conveniente mantener la escolaridad ordinaria siempre que el niño obtenga beneficios tanto desde un punto de vista cognitivo como de relación y que el mantenimiento de la misma no origine como consecuencia la negación de la patología por parte de los padres. En los niños más capaces, pueden ser una solución satisfactoria las clases con un número reducido de alumnos y secciones adecuadas para los mismos. Sin embargo, en la mayor parte de casos, el mantenimiento en la escolaridad ordinaria es un tópico o incluso patógeno (el mantenimiento agrava la negación familiar, acentúa el sentimiento de rechazo y de desvalorización mucho más intenso de lo que se considera en el niño). Es necesario recomendar una intervención pedagógica adaptada e incluida en el ámbito del hospital de día. Existen numerosas clases dirigidas por educadores agregados de la Éducation Nationale que trabajan en estrecha colaboración con el equipo asistencial. (*) Frecuentar la «escuela», la inserción en una «clase» es para todos los niños un momento importante, portador de un valor tranquilizador. Por otra parte, algunos niños en ocasiones son capaces de adquisiciones sorprendentes (capacidades de adquisición que sin ninguna duda coexisten a menudo con zonas de notable incapacidad). Estas áreas de aptitud, inversión, interés, deben estimularse y ampliarse porque constituyen los precursores a partir de los cuales podrán desarrollarse las adquisiciones ulteriores. Es necesario destacar que queda un largo camino por recorrer por lo que respecta a las técnicas pedagógicas.

- **Terapias conductuales.** Estos tratamientos, más desarrollados en los países anglosajones, empiezan a aparecer gradualmente en Francia. Se basan en la teoría conductual y su objetivo es reforzar los comportamientos positivos y extinguir los comportamientos negativos. Existen varios grupos que utilizan estas técnicas. En este contexto, uno de los métodos más elaborados parece ser el Teacch (Schopler y cols.): representa un conjunto de prácticas educativas y pedagógicas con el objetivo de detectar, estimular de forma activa y gratificar las conductas cuya evolución se evalúa en los siguientes ámbitos: imitación, percepción, motricidad fina, motricidad gruesa coordinación visomanual, rendimiento cognitivo, cognición verbal y lenguaje. La terapia requiere una activa colaboración entre padres, educadores y cuidadores y se fundamenta en la noción de emergencia. Estos métodos, que suscitan tanto entusiasmo como rechazo, han constituido el objetivo de algunas experiencias terapéuticas que es necesario seguir con atención.

- **Tratamientos farmacológicos.** El uso de neurolépticos y/o sedantes en el niño psicótico o autista es eficaz en algunos casos, aunque por breves períodos (crisis de angustia, agitación motora con desorganización conductual, conductas de automutilación, destructivas). Sin embargo, a largo plazo su utilización es decepcionante porque en general después de 3-6 meses de tratamiento se produce un fenómeno de «rebote». En estos casos, existe el riesgo adicional de los efectos secundarios de los fármacos sobreañadidos a los síntomas de la psicosis.

La mayor parte de investigadores coinciden en la utilización temporal de neurolépticos sedantes o incisivos y ansiolíticos cuando la intensidad de los síntomas es de tal grado que provoca una desorganización conductual y psíquica que constituye una amenaza para la posible continuidad de las otras relaciones terapéuticas. Por consiguiente, el tratamiento farmacológico no es un tratamiento de base sino coadyuvante de utilidad

para superar una crisis o mitigar las conductas sintomáticas molestas. No se recomienda mantener estos tratamientos durante un período superior a 2-3 meses.

La eficacia de otros preparados, sobre todo en el caso del autismo infantil (vitamina B6 con magnesio, fenfluramina y ácido fólico), no se ha demostrado de manera sistemática y constante. A menudo se observa una fase de mejoría pasajera al inicio del tratamiento, pero son frecuentes los fenómenos de rebote.

Hoy en día, no existe un tratamiento farmacológico específico de las psicosis infantiles, en especial del autismo infantil.

- **Acciones terapéuticas dirigidas a los padres.** Son muy recomendables, pero su naturaleza varía según el caso clínico: orientación parental, apoyo psicológico, terapia familiar, participación en un grupo de padres y psicoterapia individual. La intervención terapéutica dirigida a los padres y contando con ellos es un principio admitido prácticamente por todos los clínicos; sin embargo, es conveniente respetar la disponibilidad psicológica de los padres, su deseo de participar o, por el contrario, de distanciarse, y su deseo de comprometerse o no en un trabajo de profundización. A menudo es utópico obligar a los padres a implicarse en el tratamiento, pero el clínico sabe por experiencia que la ausencia total de los padres en la asistencia procurada a su hijo conduce a situaciones perjudiciales para la continuidad de los cuidados del niño. Por consiguiente, es necesario recomendar a los padres la intervención terapéutica que están capacitados para aceptar y asumir. En realidad, las indicaciones de psicoterapia para los padres o de terapia familiar son mucho menos frecuentes de lo que se estima habitualmente.

- **Tratamientos institucionales.** En un elevado número de casos, el mantenimiento del niño en su medio habitual, especialmente el escolar, llega a hacerse imposible y las distintas intervenciones terapéuticas citadas anteriormente no pueden llevarse a cabo de forma ambulatoria. Por esta razón, el hospital de día constituye la indicación de terapia institucional, muy utilizada en el dispositivo de cuidados de los interseectores de psiquiatría del niño y del adolescente en Francia (v. Hospital de día, pág. 543). Este tipo de tratamiento permite además el mantenimiento del niño en el ámbito familiar.

La separación del niño y su ingreso en una institución a tiempo completo (hospitalización prolongada, internado) deben seguir siendo indicaciones excepcionales. Todos los estudios catamnéticos muestran claramente el papel positivo de los padres y del mantenimiento del niño en su familia como factor de evolución favorable. Por consiguiente, es necesario procurar mantener estos vínculos. Sólo se debería recurrir a las soluciones de ingreso institucional permanente cuando la familia rechaza abiertamente al niño o es peligrosa para el mismo. En estas condiciones, son preferibles soluciones de tipo «ingreso en institución familiar especializada» antes que la hospitalización permanente en una institución.

Por el contrario, no debe pasarse por alto el valor a menudo terapéutico de las «breves» separaciones temporales que permiten que tanto el niño como los padres experimenten la posibilidad de una vida separados, se reencuentren y asimismo facilitan los momentos de descanso relativo para los padres. Por estas razones, estas «estancias de ruptura» a menudo son necesarias y beneficiosas.

**N. del R.* No hay nada parecido en la escuela ordinaria en España, sí intentos de este tipo, pero no institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

- ADRIEN (J.L.), BARTHELEMY (C.), ETOURNEAU (F.), DANSART (P.), LELORD (G.) : Etude des troubles de la communication et de la cognition d'enfants autistes. *Neuropsychiat. Enf Ado.*, 1988, 36, 7, 253-260.
- AICARDI (J.), RAMOS (O.) : Le syndrome de Rett : autisme, démence et ataxie d'évolution progressive chez la fille. *Neuropsychiat. Enf Ado.*, 1986, 34, 5-6, 275-281.
- AMAR (M.) : *Essai sur l'évolution de la nosographie des psychoses infantiles*. These, Bordeaux, 1975.
- BERQUEZ (G.) : *L'autisme infantile*. P.U.F. éd., Paris, 1983, 1 vol. BETTELHEIN (B.) : *La forteresse vide*. Gallimard, Paris, 1969.
- BIZOUARD (P.) : Clinique des expressions délirantes chez l'enfant, *Neuropsychiat. Enf Ado.*, 1989, 37, 2-3, 47-58.
- CARLIER (M.), ROUBERTHOUX (P.) : Psychoses a manifestations précoces et psychoses a manifestations tardives : apport de l'analyse génétique. *Psych. enf*, 1979, 22 (2), p. 473-502.
- DESPERT (L.) : *La schizophrénie infantile*. P.u.F., Paris, 1978.
- DUCHE (D.J.), STORK (H.) : Psychoses et schizophrénies infantiles. E.M.C., Paris, 1971, *Pédiatrie*, 4101 N 10 ..
- GEISSMANN (C.) et (P.) : L'enfant et sa psychose. *Dunod M.*, Paris, 1984, 1 vol.
- KANNER (L.) : Les troubles autistiques du contact affectif. Traduction française de l'article paru dans *Nervous Child*, 1943, 2, 217-250 par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf Ado.*, 1990, 38, 1-2, 65-84.
- KANNER (L.) : Etude du devenir de onze enfants autistes suivis en 1943. Traduction de l'article paru dans *J. Autism Schizophr.*, 1971, 1-2, 119-145. Traduction par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf Ado.*, 1992, 40, 5-6, 317-322.
- KLEIN (M.) : *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris, 1972. MAHLER (M.) : *Psychose infantile*. Payot, Paris, 1973.
- MANZANO (J.), LAMUNIERE (M.C.), PECKOVA (M.) : L'enfant psychotique devenu adulte. *Neuropsych. Enf Ado.*, 1987, 35, 10, 429-443.
- MARCELLI (D.) : La position autistique : hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques. *Psychiatrie Enf*, 1983, 26, 1, 5-55.
- MARCELLI (D.) : *Position autistique et naissance de la Psyché*. P.U.F. éd., Paris, 1986, 1 vol.
- MELTZER (D.), BREMNER (J.), HOXTER (S.), WEDDELL (D.), WITTENBERG (I.) : *Le monde de l'autisme*. Payot, Paris, 1980.
- MISES (R.), MONIOT (M.) : Les psychoses de l'enfant. E.M.C., Paris, 1970, *Psychiatrie*, 37299 M 10, M 20, M 30.
- NUMÉRO SPÉCIAL: Psychoses de l'enfant. Articles de Mises, Launey, Lang, Duché, etc. *Confrontations Psychiatriques*, Spécia, 1969, n° 3.
- NUMÉRO SPÉCIAL : Autisme et psychoses infantiles précoces. *Neuropsychiatrie Enf*, 1983, 31, 5-6, 219-306.
- OLLSON (B.), RETT (A.) : Behavioral observations concerning differential diagnosis between the Rett syndrome and Autism. *Brain Dev.*, 1985, 7, 3, 281-289.
- PARQUET (Ph.), HURSZTEJN (E.), GOLSE (H.) : *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* Masson éd., Paris, 1 vol., 1990.
- RIMLAND (S.) : The differentiation of childhood psychosis: an analysis of checklist for 2218 psychotic children. *J. Autism. Child. Schizophr.*, 1971, 1, p. 161-174.
- RIVIERE (P.), HRACONNIER (A.), DUCHE (D.J.) : Evolution des psychoses infantiles précoces: Etudes rétrospectives *Neuropsych. de l'enf*, 1980, 28 (3), p. 117-131.
- SAUVAGE (D.) : Autisme du nourrisson et du jeune enfant. Masson éd., Paris, 2^e édition, 1986, 1 vol.
- SCHOPLER (E.), REICHLER (R.J.), LANSING (M.) : *Stratégies éducatives de l'autisme*. Masson éd., Paris, 1988, 1 vol.
- SOULE (M.), GOLSE (H.) : *Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Hayard éd., Paris, 1992, 1 vol.
- SOULE (M.), HOUZEL (D.), HOLLAERT (S.) : Les psychoses infantiles précoces et leur traitement. *Psych. enf*, 1976, 19, (2), p. 341-397.
- TUSTIN (F.) : *Autisme et psychose de l'enfant*. Seuil, Paris, 1977.
- WIENER (P.) : Autisme infantile et symbiose psychotique. *Psych. enf*, 1978, 21 (1), p. 305-318.
- WINNICOTT (D.W.) : La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue psychanalyse*, Gallimard, 1975, 11, p. 35-44.