



# Deusto

Universidad de Deusto  
Deustuko Unibertsitatea

Facultad de Psicología y Educación  
*Programa de Doctorado Salud y Familia*

TESIS DOCTORAL

## **El autismo: un nuevo nombre de la enfermedad mental en la infancia, desde la perspectiva de Jacques Lacan**

Presentada por

**Félix Rueda Soler**

Dirigida por

**Dr. Luis de Nicolás Martínez**

Bilbao, agosto de 2015





**Universidad de Deusto**  
**Deustuko Unibertsitatea**

Facultad de Psicología y Educación

Programa de Doctorado Salud y Familia

Título de la Tesis

**El autismo: un nuevo nombre de la enfermedad mental en la infancia,  
desde la perspectiva de Jacques Lacan**

PRESENTADA POR EL DOCTORANDO

Félix Rueda Soler

DIRECTOR DE TESIS

**Dr. Luis De Nicolás Martínez**, Profesor Emérito Catedrático propio de la Universidad de Deusto en el Departamento Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológico de la Universidad de Deusto.

En calidad de director de la Tesis mencionada hace constar:

Que el trabajo realizado reúne los requisitos científicos, metodológicos y formales que son precisos para su lectura y defensa ante el tribunal que debe juzgarla, por lo que considero procedente autorizar su presentación.

Para que así sea ya a los efectos oportunos:

Bilbao, AGOSTO DE 2015



## **Abstract**

La tesis surge de la siguiente pregunta: ¿cómo el autismo se ha convertido en el paradigma de la enfermedad mental en la infancia en el siglo XXI?

La hipótesis que la tesis sostiene es que desde su inicio la psicopatología del niño vino marcada por la discusión de la existencia o no de la locura en la primera infancia. Dicha discusión, transita, impregna y condiciona, el desplazamiento nosológico constante producido durante el siglo y medio de la existencia de la psicopatología de la infancia.

Se comprueba cómo el destino que sufrieron las idiocias, que fueron sustituidas en el uso de los clínicos, por las demencias infantiles, es el mismo que sufrirá la esquizofrenia infantil, sustituida por el término psicosis infantiles, en un primer momento, para desaparecer posteriormente bajo el término de autismo o el, más amplio, modelo de los trastornos generalizados del desarrollo. Velando esta última noción la dimensión de locura del niño, para devolverla a postulados organicistas, o biologicistas, de los comienzos de este siglo.

En la apuesta clínica por fundamentar mejor el grupo de las esquizofrenias infantiles, Kanner descubre un nuevo cuadro clínico: el autismo infantil, de la que demostramos que es una estructura diferente de la esquizofrenia. Sin embargo muchos de los casos actualmente diagnosticados como trastornos generalizados del desarrollo, pertenecerían a las antiguas esquizofrenias infantiles.

## Tabla de Contenidos

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. El niño y el sujeto de la ciencia .....</b>	<b>8</b>
1.1 El niño es un producto de la Ilustración.....	8
1.2 La inmisión de la ciencia en el mundo .....	8
1.3 Un nuevo régimen del saber .....	13
1.4 Una nueva moral: la búsqueda de la felicidad y el placer.....	15
1.5 La invención de la infancia .....	17
1.6 Rousseau .....	18
<b>2. La psicopatología del niño como disciplina .....</b>	<b>21</b>
2.1 La aparición de la psiquiatría como disciplina .....	21
2.2 Los primeros pasos de la psicopatología infantil.....	23
2.3 Entre los años 1800 y 1880: Retraso mental, Idiotéz.....	24
2.4 El niño salvaje del Aveyron.....	26
2.5 Periodo comprendido entre 1880 y 1930 .....	30
2.6 De la demencia precoz infantil a la demencia precocísima .....	30
2.7 Esquizofrenia y esquizofrenia infantil. Las primeras influencias del psicoanálisis.....	31
<b>3. La emergencia del psicoanálisis.....</b>	<b>36</b>
3.1 Declive del padre y descubrimiento del inconsciente.....	36
3.2 El descubrimiento del inconsciente .....	38
3.3 El análisis de Juanito. Primer psicoanálisis de un niño .....	40
3.4 Las pioneras del psicoanálisis con niños .....	46
3.5 Herminia von Hug-Hellmuth .....	47
3.6 Anna Freud y la observación del niño .....	49

3.7	La confusión entre desarrollo e historia.....	50
<b>4.</b>	<b>El abordaje freudiano de la psicosis.....</b>	<b>52</b>
4.1	Un caso de paranoia en el Manuscrito H (1895) (Freud, 1892/1982) .....	54
4.2	Un caso de paranoia crónica en las “Nuevas puntualizaciones...” (Freud, 1896/1976) .....	56
4.3	El caso Schreber (Freud, 1911/1980).....	60
4.4	El presidente Schreber. El espiritual paranoico .....	61
4.5	El despliegue delirante .....	65
4.6	El sepultamiento del mundo y reconstrucción .....	66
4.7	Los “rayos de Dios” de Schreber .....	67
4.8	Una década.....	68
<b>5.</b>	<b>El debate sobre la psicosis en el niño.....</b>	<b>70</b>
5.1	El primer psicoanálisis de un niño psicótico. Melanie Klein.....	70
5.2	El caso Dick .....	71
5.3	El diagnóstico de Dick .....	74
5.4	Desplazamientos nosológicos .....	77
5.5	Un caso de demencia precocísima del joven Lacan psiquiatra.....	78
5.6	Examen en la presentación.....	79
5.7	Historia de la enfermedad. Anamnesis .....	79
5.8	Ingreso.....	81
5.9	Juliette Louise Despert.....	83
5.10	El informe de los 29 niños .....	84
5.11	La niñera perdida y el niño en el parque.....	85
5.12	Un interés clínico por el lenguaje .....	86
5.13	El debate sobre la psicosis en el niño.....	88

<b>6.</b>	<b>Del autismo infantil precoz de Leo Kanner a las psicosis infantiles.....</b>	<b>91</b>
6.1	Leo Kanner.....	91
6.2	Adolf Meyer y el funcionalismo .....	92
6.3	Desarrollo y estructura .....	94
6.4	Los trastornos autistas del contacto afectivo de Kanner .....	95
6.5	Margaret Mahler y el grupo de las psicosis infantiles .....	100
6.6	Un caso de psicosis infantil. El caso Stanley .....	102
<b>7.</b>	<b>La psicosis en el niño según la enseñanza de Jacques Lacan.....</b>	<b>107</b>
7.1	Jacques Lacan .....	107
7.2	Lacan y las psicosis.....	107
7.3	La metáfora paterna .....	110
7.4	Verwerfung .....	112
7.5	El contexto de los años cincuenta .....	113
7.6	Lacan y las psicosis en el niño .....	115
7.7	Alocución sobre las psicosis en el niño (2001b).....	115
7.8	La nota sobre el niño (2001c) .....	116
7.9	Una perla de los años setenta .....	118
<b>8.</b>	<b>Los Lefort .....</b>	<b>121</b>
8.1	Los Lefort.....	121
8.2	El caso Roberto .....	121
8.3	Roberto.....	124
8.4	¡El lobo El lobo!.....	130
8.5	Lo que Lacan dijo de ¡el lobo! .....	131
8.6	Interpretación .....	132
8.7	Articulaciones .....	133



8.8	Autismo y esquizofrenia .....	135
8.9	No es una simple nosología .....	136
<b>9.</b>	<b>Los fenómenos elementales en la psicopatología clásica .....</b>	<b>138</b>
9.1	Los fenómenos elementales en la psicopatología clásica .....	138
9.2	Xenopatía .....	141
9.3	La significación personal .....	142
<b>10.</b>	<b>Una aproximación a la clínica a los fenómenos elementales en la infancia .....</b>	<b>148</b>
10.1	J Louise Despert y “la vivencia delirante verdadera” de las esquizofrenias infantiles	149
10.2	El autismo precoz de Kanner: “la soledad y la inmutabilidad” .....	150
10.3	Margaret Malher: la falta (o pérdida) de capacidad para utilizar el objeto simbiótico	151
10.4	Bettelheim y el entorno no-humano.....	153
10.5	Una contribución de J. Lacan a la cuestión de las psicosis infantiles: el llamado .....	155
10.6	De nuevo Roberto .....	156
10.7	La problemática del llamado: el milagro del alarido .....	158
10.8	Algunas formas de vivencias alucinatorias clásicas .....	161
10.9	Aparición del enigma: el “humor delirante” .....	161
10.10	Las alucinaciones dirigidas al sujeto.....	161
10.11	Fenómenos neológicos.....	162
10.12	Fenómenos ecológicos .....	163
<b>11.</b>	<b>Discusión: Autismo-esquizofrenia; o ¿forma el autismo parte de las esquizofrenias infantiles? .....</b>	<b>165</b>
11.1	Tres modelos provenientes de la clínica del adulto .....	165
11.2	¿Puede la esquizofrenia infantil diluirse en el autismo? .....	170
11.3	El progreso de las categorías “desarrollistas” .....	172
11.4	Dos posiciones divergentes en el campo freudiano .....	174

11.5	Éric Laurent: el autismo es un fenómeno .....	177
11.6	Los Lefort: el autismo, una nueva estructura.....	179
<b>12.</b>	<b>Estudio de cuatro casos .....</b>	<b>182</b>
12.1	Caso Lucas: El inocente responsable .....	184
12.1.1	Primeras entrevistas. Cansado y aburrido .....	185
12.1.2	Consentir a entrar en el dispositivo.....	186
12.1.3	Un breve lapso de paz y un episodio en el que queda caído .....	186
12.1.4	Un invento.....	188
12.1.5	El síntoma tiene una función.....	189
12.2	Caso Jon.....	191
12.3	Caso Martín.....	194
12.3.1	Gran prematuro .....	194
12.3.2	Aquí-Allí (Fort-Da).....	195
12.3.3	Dos operaciones .....	196
12.3.4	Una segunda operación sobre el agujero: Un juicio .....	198
12.3.5	Un salto .....	199
12.4	Caso Pepe: Una pequeña invención .....	202
12.4.1	Primeras entrevistas .....	203
12.4.2	Interpretación y entrada en el dispositivo .....	204
12.4.3	Emergencia de la voz: serie de ruidos.....	204
12.4.4	Efecto terapéutico .....	205
12.4.5	Inventos .....	205
12.4.6	Los objetos voz y mirada. Miedo a los fenómenos “naturales” .....	206
12.4.7	Lo que está más allá del borde no puedo ir.....	207
12.4.8	Conclusiones del caso .....	208

12.4.9 Un tratamiento de los fenómenos elementales.....	209
<b>13. Conclusiones .....</b>	<b>210</b>
13.1 Desde la perspectiva histórica.....	210
13.2 Desde una perspectiva clínica .....	214
13.3 Conclusiones .....	216
13.4 Limitaciones del estudio y perspectivas .....	218
<b>Lista de referencias .....</b>	<b>220</b>

## **Introducción**

El objetivo de esta tesis es un modo de concluir, con un largo periodo de reflexión sobre la experiencia clínica desarrollada, tras veinticinco años de trabajo clínico, en una institución dedicada al cuidado de niños autistas y psicóticos, plasmando sus resultados. Este trabajo se ha visto acompañado, durante este tiempo, de lecturas, reflexiones y discusiones clínicas con colegas de distintos lugares de España y de Europa.

El tema escogido: “El autismo: un nuevo nombre de la enfermedad mental en la infancia, desde la perspectiva de Jacques Lacan”, es emprendido desde una orientación histórica, para interrogar y si es posible responder, sin duda de manera incompleta, por qué el autismo se ha convertido en el prototipo de la enfermedad mental en la infancia en el siglo XXI, tomando como referencia el psicoanálisis, de orientación lacaniana, basado en la enseñanza del psicoanalista francés Jacques Lacan.

Esta orientación analítica se ha desarrollado, principalmente, en los países de habla latina del sur de Europa, de ahí que la mayor parte de las referencias utilizadas en esta tesis provengan, principalmente, de las lenguas donde su implantación es mayor: francesa y española.

De las entidades nosológicas producidas en el campo de la salud mental en el siglo XX, el despliegue vertiginoso del autismo, lo ha convertido al mismo tiempo, en una referencia y un enigma, para el discurso de la contemporaneidad. Lo que fueron los niños salvajes en el siglo XIX, o la histeria, en el pasaje del siglo XIX al XX, este lugar ha sido ocupado por el autismo en el campo de la psicopatología, en el tránsito del siglo XX al XXI, bajo el signo de la interrogación, trascendiendo al campo de la salud mental, para convertirse en un problema de civilización.

La conciencia de su incremento, basado en estadísticas (Department of Developmental Services, 1999), ha producido un debate sobre si el autismo se está convirtiendo o no en una pandemia (Fombonne 2001), (Wing, & Potter, 2002), (Fortea, Escandell, & Castro, 2013). En respuesta a ello las investigaciones se expanden desde: las hipótesis genéticas (Bailey, Phillips, & Rutter, 1996), a las de la contaminación por exposición al mercurio (Windham, Gunier & Grether 2006), las causadas por vacunaciones, con resoluciones judiciales favorables (Kirby, 2009), a las de exposición a pesticidas (Doherty, 2006), o las vinculadas a un alto nivel de testosterona durante el embarazo (Baron-Cohen, 2004), entre otras. Sin que se haya producido ninguna certeza sobre la causa, exigible, como tal al campo de la ciencia.

Para comprender lo que está en juego en el momento actual, hemos realizado un recorrido histórico. El **capítulo primero** propone que el interés, inédito por el niño, fue una construcción realizada en la Ilustración, frente a la crisis de la conciencia europea, provocada por la emergencia de un nuevo régimen del saber: la revolución científica de los siglos XVI y XVII.

El **capítulo segundo** sustenta que, efecto, también, de la Ilustración y de la conjunción del desarrollo del derecho, la medicina y la psicología, surge la psiquiatría, que genera un nuevo lenguaje clasificatorio basado en la mirada. El interés por el niño junto con la aparición de la psicopatología, promueve la creación progresiva de la psicopatología del niño, que en los tres primeros cuartos del siglo XIX está consagrada a la noción de retraso mental o idiocia. Los alienistas de esta época no consideraban la existencia de la locura en la primera infancia. El caso del niño salvaje de Aveyron supone la primera descripción exhaustiva de un niño en psicopatología. La importación de los conceptos surgidos de la nosología kraepeliniana permitirá pensar síntomas de psicosis en el niño bajo el diagnóstico de demencia precocísima. Se comprueba el destino que sufrieron las idiocias, que fueron

sustituídas, en el uso de los clínicos por las demencias precocísimas. Este destino es el mismo que sufrirán las demencias de la infancia frente a la esquizofrenia infantil. Se verifica cómo la discusión sobre la locura del niño, transita, impregna y condiciona, el desplazamiento nosológico en la infancia desde sus orígenes.

**Capítulo tercero.** La aparición del psicoanálisis se relaciona con los efectos de declinación de la autoridad tradicional, consecuencia de la potencia transformadora de la ciencia. El descubrimiento del inconsciente, permite una cura por la palabra, diferente de la clínica de la mirada. El caso Juanito es el primer caso de psicoanálisis de un niño.

En poco tiempo se generaliza la experiencia del psicoanálisis con niños que llevan a cabo algunas pioneras. Sin embargo esta práctica se desplaza hacia la observación del niño, volviendo esta clínica al campo de la mirada que se hace acompañar de la creación de teorías del desarrollo.

El **capítulo cuarto** muestra como el abordaje freudiano de las psicosis, iniciado tempranamente, permitió a Freud aislar dos mecanismos específicos de la psicosis: La forclusión y la proyección. Sin embargo sus desarrollos teóricos principales se produjeron a partir de su trabajo sobre las memorias de Daniel Paul Schreber, en el que dando articula las funciones del delirio: como defensa frente a la homosexualidad y como intento de restitución, sacándolo de la dimensión del déficit.

El **capítulo quinto** expone como la conceptualización de los mecanismos propios de la psicosis permitieron llevar a cabo el primer psicoanálisis de un niño psicótico. El caso Dick, permite aproximarse a las dificultades e impases de los clínicos de la época. En él que se verifica como los diagnósticos de demencia precoz y de esquizofrenia durante un tiempo se solaparon como entidades clínicas. Si bien pronto la esquizofrenia infantil sustituirá y hará desaparecer a la demencia precoz. El joven Lacan psiquiatra aporta un caso a la entonces controvertida cuestión de la demencia precocísima. El capítulo refiere la primera gran

descripción de la esquizofrenia infantil a cargo de J.L. Despert, realizada en un diálogo permanente con Kanner y otros clínicos eminentes.

El **capítulo sexto** parte de cómo el debate sobre la esquizofrenia en la niñez, no bien aceptada en el campo de la psicopatología del niño, se cierra con el concepto de Kanner y su genial descripción del cuadro de autismo precoz infantil. Este resultaba más aceptable para quienes trabajaban en este campo, produciendo una perdurable consecuencia: cualquier cuadro clínico en el que se comprobara una ruptura psicótica con la realidad era designado como autismo. Kanner compara y sostiene la diferencia del autismo con la esquizofrenia infantil a partir del inicio de la enfermedad. Aislando dos síntomas primarios, en el sentido bleuleriano: soledad e inmutabilidad.

Mahler integrará el hallazgo de Kanner en una teoría general del desarrollo del niño, distinguiendo tres estadios: la fase autística normal, la simbiótica y la de separación individuación. Situando la psicosis del niño como una falla en el desarrollo y su nivel de gravedad correlativo al momento de detención del desarrollo. El caso Stanley, que hoy pensaríamos como un TEA, da cuenta de su concepción teórica, que desplaza la preponderancia desde el autismo a las psicosis infantiles.

**Capítulo siete** trata de la teoría de las psicosis de Jacques Lacan. Este en su lectura de los textos freudianos, sitúa la forclusión, *Verwerfung*, de la metáfora del nombre del padre, como el mecanismo causal de la estructura de la psicosis. Dicha metáfora es una escritura del Edipo freudiano a partir de las leyes del lenguaje. El capítulo hace mención a las referencias que Lacan hizo a la psicosis en el niño.

Fueron Rosine y Robert Lefort quienes desarrollaron las teorizaciones de Lacan en el campo de las psicosis en el niño. El **capítulo ocho** da cuenta de lo fundamental de sus teorizaciones y de su caso, convertido ya en clásico: Roberto, el niño lobo. Así como de sus aportaciones a la clínica diferencial entre la esquizofrenia infantil y el autismo.

El **capítulo nueve** trata del concepto de fenómeno elemental, tal como lo concibió la psicopatología clásica en primer lugar, y su reformulación desde la perspectiva de Lacan, quien los concebía como una consecuencia del mecanismo de la forclusión y asimismo aunque elementales, idénticos a la estructura. El **capítulo décimo** aplica este concepto de fenómeno elemental a la infancia. Su equivalencia a la estructura permite un abordaje clínico diferente del basado en teorías del desarrollo. Se revisan de nuevo diversos autores a partir de esta perspectiva, lo cual permite aislar diversos fenómenos elementales.

El **capítulo onceavo** expone como las categorías de esquizofrenia infantil y de psicosis infantil han caído en desuso frente a nuevas categorías definidas recientemente como los Trastornos generalizados del desarrollo, o los TEAs, cuyos síntomas principales son objeto de consenso, si bien amplían sus contornos de forma poco controlada y velan la dimensión de locura en el niño devolviéndola a postulados organicistas o biologicistas, de comienzos del siglo pasado. Estos desplazamientos dan cuenta de un campo en constante evolución, en el que surge la pregunta de si habría psicosis distintas del autismo.

El debate en el campo de orientación lacaniano se produce entre dos posiciones divergentes. Aquellos que piensan que el autismo es un estado transitorio dentro de las psicosis infantiles y los que consideran que es una estructura propia.

El **capítulo doceavo** muestra a través del estudio de cuatro casos, como casos diagnosticados como TEAs o TGDs, si bien a nivel fenomenológico podrían ser diagnosticados como casos de autismo, no así a nivel estructural, pudiendo a este nivel ser considerados bajo el diagnóstico vetusto de psicosis infantiles.

Dedicándose el **capítulo decimotercero** a las conclusiones, en las que se ha demostrado como las idiocias fueron sustituidas, por las demencias precocísimas, estas por la esquizofrenia infantil, y estas en los años setenta por las psicosis infantiles, para desaparecer



todas ellas bajo el término autismo, o el más amplio paradigma de los trastornos generalizados del desarrollo.

El desarrollo de la tesis aboca a un segundo objetivo. Intenta mostrar como la psicopatología del niño ha tenido como modelos: los importados de la clínica del adulto y los del desarrollo. La labilidad de los rasgos patológicos de los niños dificultaba definir estructuras fijas, como en la psicopatología del adulto. Pudiéndose tan solo integrar los caracteres de la patología que constituye el campo de la infancia al articularlas férreamente con la concepción del desarrollo psicológico del niño.

Dos perspectivas, no excluyentes, se oponen, de manera abstracta, pero se articulan en la experiencia clínica: la perspectiva desarrollista (diacrónica) y la perspectiva de la estructura (sincrónica). Frente al paradigma desarrollista, de los Trastornos generalizados del desarrollo, el concepto de “fenómeno elemental”, tal como lo desarrolló Jacques Lacan (1955-1956/1984d), permite un abordaje estructural de la clínica del niño. Lo cual queda ejemplificado en una serie de casos clínicos de mi práctica.

Un tercer objetivo de la tesis se impone por el desarrollo previo. Si el autismo es tan sólo un puro desplazamiento nosológico, se impone la pregunta, de si hay psicosis en la infancia diferentes del autismo, o tal como se plantean diversos clínicos, el autismo es una estructura en sí misma, diferente de la esquizofrenia infantil. Abriéndose un campo de discusión en el psicoanálisis lacaniano entre los partidarios de la continuidad estructural entre esquizofrenia y autismo, y los que consideran al autismo una estructura de singularísimas características.

Finalmente la exposición de varios casos de la propia experiencia clínica, pretende servir como aporte para esclarecer, este punto concreto. Se verifica para aquellos casos que disponen de la posibilidad de articulación de dos significantes, fort-da, es decir, de la simbolización de la ausencia materna, la posibilidad de un despliegue terapéutico que

cuestiona el diagnóstico estructural de autismo, incluso si fenomenológicamente el diagnóstico inicial de autismo fuera correcto.

## **1. El niño y el sujeto de la ciencia**

### **1.1 El niño es un producto de la Ilustración**

Este capítulo pretende realizar un sucinto recorrido histórico en el que situar esta conquista de la cultura occidental, como una de las respuestas (sin duda no la única) que la civilización produce frente a un verdadero momento de crisis de la conciencia europea, provocado por la emergencia imparable de la revolución científica de los siglos XVI y XVII.

El niño, como lo recuerda Lacan, al igual que los hombres y las mujeres no son más que significantes que no designan ninguna esencia, sino tan solo posiciones referidas al discurso del amo. *“Los hombres, las mujeres y los niños no son más que significantes”* (Lacan, 1975c, p. 34.), constituyen polos de significación en los que se sedimentan los restos de la cultura y que organizan la distribución de los modos de satisfacción.

Elevar este significante a su lugar de ideal contemporáneo, es decir producirlo como lo que Lacan llama un significante amo (Lacan, 1991), constituyó sin lugar a dudas un avance en la civilización, una conquista que debemos a la cultura occidental, y es lo que este capítulo pretende situar como marco.

### **1.2 La inmixión de la ciencia en el mundo**

Los siglos XVI y XVII vivieron el cuestionamiento radical del saber tradicional, aristotélico, transmitido hasta entonces.

Lacan (1966f, p. 855.) toma de Alexandre Koyré (1979), a quien considera su guía, su concepción discontinuista de la historia de las ciencias (Gault, 2013). El historiador de la ciencia sostiene que la modalidad de saber que aparece a partir de la física galileana a lo largo del siglo XVII no se inscribe en la continuidad de los saberes que la han precedido. La física que surge no es la prolongación de la física del Renacimiento ni de la Edad Media.

La ciencia que nace en el siglo XVII supone un “corte epistemológico” entre las ciencias antiguas y las modernas e inaugura un nuevo régimen del saber que va a producir una verdadera mutación a nivel de la civilización.

Koyré toma de Bachelard (1970) (1971) el concepto y el término de “mutación intelectual” considerando, a la también llamada crisis de la conciencia europea (Hazard, 1994) del siglo XVII, una profunda transformación intelectual de la que la física moderna, o más exactamente clásica, fue a la vez su expresión y fruto.

Si bien no descarta el vuelco de pasiva a activa de la ciencia del medievo a la clásica, ni su dimensión experimental, la llamada “ciencia del ingeniero”, plantea que creer que estas son las únicas condiciones del cambio es un equívoco. *“La experiencia, en el sentido de la experiencia simple de observación, de observación del sentido común, no ha desempeñado ningún papel que no haya sido el de dificultar el nacimiento de la ciencia clásica”* (Koyré, 1990, p. 3.).

Para Koyré (1994) la experimentación presupone tanto el lenguaje en el que se formulan sus preguntas como el vocabulario que permite interpretar las respuestas. Ahora bien, si es un lenguaje matemático o, más exactamente geométrico, aquel en el que la ciencia clásica interroga a la naturaleza, la decisión de emplearlo correspondería a una renovación de la primacía del ser sobre el devenir (Koyré, 1990, p. 3.), es decir, a un cambio de actitud metafísica.

De lo que deduce que la actitud intelectual de la ciencia clásica podría estar caracterizada por dos acciones, dos rasgos íntimamente relacionados: la geometrización del espacio y la disolución del cosmos, es decir, la sustitución del espacio concreto de la física pregalileana por el espacio abstracto de la geometría euclidiana.

Es la destrucción del cosmos entendida como la sustitución de la concepción del mundo finito y jerárquicamente ordenado, de Aristóteles y de la Edad Media, por un universo

infinito, ligado por la identidad de sus elementos componentes y la uniformidad de sus leyes (Koyré, 1994, p. 54.). Lo que desarrolla de manera magistral en su obra “*Del mundo cerrado al universo infinito*” (1979).

Esta geometrización del espacio sería la sustitución del espacio concreto, el conjunto de “lugares” de Aristóteles, por el espacio abstracto de la geometría euclidiana, que sin duda es una considerable abstracción de la realidad, en adelante considerada como real.

La elección entre dos concepciones –la de orden cósmico aristotélico y el espacio geométrico que intentó Platón- era inevitable aunque sólo se produjera muy tarde, precisamente en el Siglo XVIII, en el que siendo tomada en serio la geometrización del espacio, los creadores de la ciencia moderna tuvieron que rechazar la concepción del cosmos. Koyré llamará a esta elección “*el desquite de Platón*” (1994, p. 59.).

Esta revolución, que sustituyó el mundo cualitativo del sentido común y de la vida cotidiana por el mundo arquimediano de la geometría, no puede explicarse por la influencia de una experiencia más rica o más amplia de la que los antiguos tenían a su disposición. La ciencia aristotélica, precisamente porque estaba fundada en la percepción sensible y era realmente empírica, estaba mucho más de acuerdo con la experiencia común que la de Galileo (1984) y la Descartes (1983).

Koyré (1994) sostiene que el nacimiento de la ciencia moderna es concomitante de una transformación, una mutación, de la actitud filosófica, de una inversión del valor atribuido al conocimiento intelectual en relación con la experiencia sensible. Es dar todo su valor a la infinitud del espacio, que no puede ser un objeto de la experiencia. Lo que calificó como “*la explosión de la esfera*” (p. 58.), que consideró obra de un filósofo: Giordano Bruno.

En este corte, en esta mutación decisiva, “*de lo que se trataba no era de combatir teorías erróneas, o insuficientes, sino de transformar el marco mismo de la inteligencia; de*

*trastocar una actitud intelectual, en resumidas cuentas muy natural, sustituyéndola por otra que no lo era en absoluto” (Koyré, 1990, p. 5.).*

Koyre (1961), citado por Solis (1994), plantea que es el descubrimiento de *“una capa de realidad más profunda tras la pluralidad y la mutabilidad de los fenómenos... o lo que es lo mismo la racionalización de lo real”* (p. 38.).

Por lo que respecta a la obra de los Galileo y los Newton, los historiadores de tendencia positivista, opinaba el historiador de la ciencia, tienen el hábito de insistir en su aspecto o lado experimental, empirista fenomenista; en su renuncia a la búsqueda de las causas en beneficio de la búsqueda de las leyes, en el abandono de la pregunta *¿por qué?* y su sustitución por la pregunta *¿cómo?* (Koyré, 1994, p. 62.).

Para Koyré esta renuncia no es más que una retirada temporal, actitud que si el espíritu humano en la persecución del saber asume periódicamente, sin embargo no la asume jamás como definitiva y última.

*“Tarde o temprano vuelve al trabajo y se pone a buscar una solución inútil o imposible de problemas declarados desprovistos de sentido, tratando de hallar una explicación causal y real de las leyes establecidas y aceptadas por él.*

*La actitud filosófica que a la larga demuestra que es buena no es la empirista o positivista o pragmática, sino al contrario, la del realismo matemático”* (1994, p. 66.).

Lacan (1966f) toma en cuenta esta idea de mutación considerándola, por un lado en su dimensión de aceleración temporal progresiva, en la que se produce su inmisión en el mundo, y en segundo lugar por la emergencia de una posición subjetiva históricamente definida.

*“...mutación decisiva que por vía de la física funda La ciencia en el sentido moderno, sentido que se pone como absoluto. Esta posición radical de la ciencia se justifica por un cambio de estilo radical en el tempo de su progreso, de la forma galopante de su*

*inmixión en nuestro mundo, de las reacciones en cadena que caracterizan lo que podemos llamar su energética. Para todo eso nos parece ser radical una modificación en nuestra posición de sujeto, en el doble sentido de que es allí inaugural y de que la ciencia la refuerza más y más” (Lacan, 1966f, p. 855.).*

Este primer momento de transformación histórica, en el que la ciencia comienza a dictar su ley a los demás discursos, es descrito así por el literato André Maurois:

*“El otro movimiento profundo de la época es la formación de las ciencias modernas. Tras de Copérnico, Galileo y Descartes, los progresos del razonamiento facultan, al parecer, al hombre para calcular y predecir el movimiento de los astros, la caída de los cuerpos, el curso del rayo de luz. La mente humana se siente embriagada frente a tamaño poder. La razón parece todopoderosa. Se confía en ella para explicar las pasiones, la vida política y hasta Dios. Un vocabulario abstracto, cuyos elementos manéjense como signos algebraicos, da a los moralistas y a los filósofos la idea de que mediante el razonamiento puro, pueden resolverse todos los problemas. Spinoza puso ya en su obra *Ética la metafísica en teoremas, corolarios y escolios*. En el siglo XVIII, los filósofos franceses e ingleses trataran de sustituir el instinto y la tradición en la conducta de la vida, por el razonamiento lógico...*

*...la ciencia ha transformado la idea que tuvieron del mundo los hombres más reflexivos. En lugar de ver en él simplemente un drama, puesto en escena por la divina providencia, descubrieron el juego infinitamente complejo de innumerables pequeñas causas. El hombre cesa de creerse el centro de todas las cosas y se ve como un minúsculo ser perdido en una ínfima parte del universo. Estos pensamientos debilitan la religión, del mismo modo que la existencia de una burguesía crítica y de una nobleza descontenta debilitaron la monarquía” (Maurois, 1965, pp. 10-12.).*

La ciencia se incorpora a la civilización por medio de la física penetrando en todos sus dominios y aspectos, en una transformación que se acelera progresivamente desmoronando todo el armazón del antiguo régimen.

Para Lacan, en esta revolución hay un momento históricamente definido, “*que considero un correlato esencial de la ciencia*” (1966f, p. 856.), aquel que Descartes (1983) inaugura y se llama el cogito.

Esta referencia al sujeto cartesiano forma parte de una reflexión más general de Lacan sobre la subjetividad, y sobre las subjetividades, tal como ellas se inscriben en el movimiento general del espíritu.

El sujeto, como lo concibe Lacan, no es una esencia intemporal cuya constancia dominaría las vicisitudes de la historia. Es lo opuesto. Es un efecto que responde estrictamente a las coordenadas del discurso históricamente definido que determinan notablemente su relación al saber.

Lacan (1966f) aísla tres momentos subjetivos que escanden lo que llama una dialéctica del sujeto. Cada una de estas etapas está correlacionada a un nombre propio. Sócrates, Descartes y Freud (Gault, 2013, p. 60.). Nos detendremos sobre la nueva subjetividad que emerge con el sujeto del cogito cartesiano.

### **1.3 Un nuevo régimen del saber**

Para Lacan (1966f) el momento en el que Descartes (1983), para conseguir una certeza en el saber, cuestiona de manera radical todos los saberes preexistentes es el momento de emergencia de una nueva subjetividad.

Sobre la tabla rasa de los saberes previos surge el punto evanescente de un *cogito* sobre el cual funda un *sum*. Es el rechazo de todo saber, sobre el que Lacan dice que Descartes, “*pretende fundar para el sujeto cierta atadura en el ser que para nosotros*



*constituye el sujeto de la ciencia[...] sujeto como división entre el saber y la verdad*” (Lacan, 1966f, p. 856.).

Este sujeto de la ciencia se corresponde, para Lacan, con el estatuto del sujeto en el psicoanálisis, que no es un dato previo o primero de la experiencia. Es un efecto segundo de la estructura del lenguaje, esta sí previa. Este sujeto, da cuenta de una escisión, de una *Spaltung*, como Freud (1940b/1986b) la denominó, tal como el psicoanalista la detecta en su praxis.

El sujeto de la ciencia, tal como está constituido para Lacan, es un sujeto vacío de toda representación. Lo que lo articula al ser no es *qué* piensa sino el acto mismo de pensar. La verdad es el acto de pensar, separado de las representaciones, lo cual separa de manera radical el saber y la verdad, instaurando un sujeto dividido entre saber y verdad. Un saber que excluye del campo de la ciencia todo vestigio de subjetividad.

Al mismo tiempo para que este punto de verdad persista no se puede cejar en esta proposición. Es decir, no se puede dejar de pensar para ser. El núcleo de fundamento que el cogito procura es evanescente, vale solo en el momento (Brousse, 2004). De ahí la necesidad de recurrir a una alteridad, un Otro, Dios, que va a ser el garante que sostenga esta proposición sin que el sujeto tenga que pronunciarla.

Una de las consecuencias de este primer momento en el que la ciencia comienza a dictar su ley a los demás discursos es la promoción de este “sujeto de la ciencia” en todos los campos.

Este sujeto vaciado de todos los saberes anteriores; vaciado de la tradición y de imperativos morales (Laurent, 2013), librado de toda representación singular: sea esta el nombre propio, la edad, la pertenencia religiosa o sexual...etc. Se hace por ello universalizable.

La otra de sus consecuencias es que este sujeto está desencarnado, exento de toda encarnación en uno o varios cuerpos. Cuando se lo quiere encarnar, se producen “obstáculos epistemológicos” (Bachelard, 1970).

Para que la ciencia conserve su potencial de elucidación debe mantener este régimen de un sujeto nuevo, un sujeto vacío, tal como el original producido por la operación de la duda sistemática de Descartes (1983).

#### **1.4 Una nueva moral: la búsqueda de la felicidad y el placer**

Esta revolución científica, esta reflexión sobre lo real, produce importantes transformaciones en la civilización occidental, sobre todos los campos de la tradición: la filosofía, la política, la religión, la economía, el derecho, las artes, las costumbres y la moral...

Se confía en que la razón resolverá todos los problemas sustituyendo la tradición por el razonamiento lógico. Y en lugar de ver el mundo como la puesta en escena de la voluntad divina se descubre el juego infinitamente complejo de innumerables pequeñas causas. Es como decía antes, la destrucción del mundo jerárquicamente ordenado, sustituido progresivamente por la identidad de sus elementos componentes y la uniformidad de sus leyes.

Lo real nuevo hace palidecer los semblantes de la tradición, surgiendo la figura de un nuevo intelectual moderno, una nueva forma de filósofo: el librepensador. Que remite tanto a quien piensa libremente como a quien piensa libre del mecenazgo de las grandes instituciones tradicionales: la iglesia y la universidad. Su ámbito de expresión se internacionaliza (Alborg, 1975, p. 19.) gracias al creciente “capitalismo de imprenta” (Mayos & Chust, 2008, p. 27.), que al iniciar la creación de un mercado cultural y de una opinión pública contribuyó al establecimiento de una comunidad internacional de librepensadores: La república de las

letras. El librepensador ya no es más quien habla o reflexiona sobre la metafísica, sino sobre la ciencia naciente.

Todo debate filosófico o moral debía de partir de los nuevos datos científicos que tendían a pensar al hombre como una máquina (De La Mettrie, 1962) regulada en la búsqueda del placer y en la huida del dolor. Una interpretación materialista del mundo que animaba a someterse tan solo a la autoridad de la ley natural, solo obedecer a las leyes del universo físico (Blom, 2012, p. 253.).

Los efectos de la ciencia se desplazan sobre las costumbres y se inicia la búsqueda de un código moral basado en la búsqueda del placer y la felicidad como los principios de una historia en común (Blom, 2012, p. 17.). Es decir, como factores de la política pensados como resultado de la ley natural. Una moral fundada no en la negación del placer, sino en su búsqueda ilustrada, consistente en reconocer que el impulso que lleva a buscar el placer es un elemento central de la vida humana, y dejar claro que el placer existe antes que la moral.

El filósofo deviene entonces una nueva figura moral que inaugura una nueva ética en relación con los placeres. Al tiempo que es hombre de ciencia deviene el hombre de placer. Es Voltaire el mundano, quien al mismo tiempo importa a Newton a Francia.

Esta reivindicación del placer que solo reconoce la autoridad de las leyes de la naturaleza, comienza a transformar la consideración moral de los lazos familiares, tal como lo vemos en el artículo de Diderot, “Jouissance”, en la “Encyclopédie (1765)”.

En él afirma que:

*“La propagación de los seres es el gran objeto de la naturaleza. Ella lo solicita imperiosamente. Los dos sexos, tempranamente han recibido lo que ella les destina de fuerza y de belleza...*

*...las caricias serán seguidas de la existencia de un nuevo ser que será parecido a uno de los dos, que en sus primeros momentos os buscará para abrazaros, que*

*elevareis a vuestro lado, que os amará juntos, que os protegerá en la vejez, que os respetará en todos los asuntos, ¿Luego el nacimiento feliz ha fortalecido el lazo que os une?”* (Diderot, 1765, p. 889.)

## **1.5 La invención de la infancia**

Esta transformación, no solo de los lazos familiares, sino de la consideración misma de la familia y de la infancia, ha sido estudiada por Philippe Aries. La tesis que el historiador despliega en su libro “El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen” (1987) a partir del estudio de la iconografía, los juguetes, la indumentaria...etc., es que en el pasado no existió el sentimiento de la infancia.

A partir de la iconografía de la sociedad medieval deduce que el medievo no percibía la diferencia entre los adultos y los niños, a quienes consideraba adultos enanos.

Si en el Siglo XVI se comienza a ver a los niños como una fuente de diversión y distracción, es a lo largo del siglo XVII, cuando se comienza a percibir la diferencia entre adultos y niños, si bien el lenguaje en este siglo encuentra dificultades para hablar de los niños pequeños, debido a la falta de palabras que los distinguen de los mayores. Esta laguna para designar al niño en sus primeros meses “*no se remediará hasta el siglo XIX, cuando se adopte del inglés el termino baby, que designaba durante los siglos XVI y XVII a los niños en edad escolar*” (Aries, 1987, p. 52.).

Es en el siglo XVIII cuando surge un sentimiento completamente nuevo, en el que la familia se convierte “*en un lugar de afecto necesario entre esposos y entre padres e hijos, lo que antes no era*” (Aries, 1987, p. 12.). La “*familia sentimental moderna*” (p. 493.) se caracteriza por la ternura que une a los padres y los hijos.

El concepto moderno de niñez se acompaña del sentimiento de inocencia infantil, el cual conduce a una doble actitud moral con respecto a la niñez: de un lado se intenta

preservarla de las impurezas de la vida y de otro fortificarla desarrollando el carácter y la razón.

En la Edad Media las nociones de inocencia y de razón no se oponían. La relación entre infancia, primitivismo e irracionalismo, dicho sentimiento de la infancia, apareció con Rousseau (Aries, 1987, p. 167.), y a partir de ahí pertenece a la contemporaneidad.

Esta dimensión de “la familia sentimental moderna”, basada en el sentimiento de afecto necesario entre esposos y entre padres e hijos, se constituyó en torno a la familia conyugal, la de los padres y los hijos. Nueva familia que “*se transforma profundamente en la medida en que modifica sus relaciones internas con el niño*” (p. 482.).

Este novísimo sentimiento de la familia se funda por tanto sobre el niño y el descubrimiento de la infancia. Esto no quiere decir que la familia o los niños no existieran. El sentimiento de la infancia no se confunde con el afecto por los niños, sino que corresponde a la conciencia de la particularidad infantil. Particularidad que distingue esencialmente al niño del adulto, también del joven. Conciencia que no existía con anterioridad, donde las madres veían el desarrollo de los hijos con indiferencia (Shorter, 1976, p. 168.).

Era el paso de la estructura medieval del linaje, a la familia conyugal, tal como Lacan, siguiendo a Durkheim (1921), lo subrayará en 1938, situándolo como el paso decisivo de la familia “*hacia la estructura moderna, a saber, el secreto derrocamiento de su preponderancia social en beneficio del matrimonio*” (2001a, p. 58.).

## **1.6 Rousseau**

La tasa de mortalidad infantil en los siglos precedentes al XVIII y también durante este siglo, resultaba escandalosa para una generación que se caracterizaba por su interés por el bienestar de la humanidad y que confiaba en los medios racionales para lograrlo (De Mause, 1982).

Si la ilustración trajo una nueva confianza en la posibilidad de la felicidad humana “*hay que reconocer a Rousseau el mérito de poner en relieve las necesidades de los niños*” (Robertson, 1982, p. 444.).

El niño comienza a ser celebrado por las clases ascendentes durante la década 1760-1770, apareciendo por esas fechas abundantes obras que llaman a los nuevos sentimientos, y en especial al amor maternal. “*Es Rousseau quien al publicar el Emilio en 1762 cristaliza las nuevas ideas e imprime un auténtico impulso a la familia moderna*” (p. 68.), afirma Badinter (1981), para quien la familia moderna se funda en el amor maternal, que aparece también, junto con el del niño, como un concepto nuevo.

Se sabe que Rousseau exhortó a las madres a que criaran a los hijos. En la época en que escribió, en Francia, era común la costumbre de enviar a los recién nacidos, de la ciudad al campo, a cargo de nodrizas, siendo la mortandad entre los niños que se criaban con estas elevadísima. En el transcurso de los cien años siguientes a la aparición del Emilio esa costumbre casi desapareció (Robertson, 1982, p. 447.).

Para que la opinión pública cambiara de opinión y se abandonara el uso de las nodrizas, fue necesaria la publicación del Emilio, en el que Rousseau afirmaba sin ambages:

*“De la preocupación de las mujeres depende la primera educación de los hombres; de las mujeres dependen también sus costumbres, sus pasiones, sus gustos, sus placeres, su misma felicidad [...] educarlos de jóvenes, cuidarlos de mayores, aconsejarles, consolarles, hacerles la vida agradable y dulce: he aquí los deberes de las mujeres en todos los tiempos y lo que se les debe de enseñar desde su infancia”*(Rousseau, 1964, p. 408.).

Entonces con la obra de Rousseau cristaliza la noción del niño – que adquiere lo que Lacan (1991) va a llamar el rango de un significante amo, un significante clave, en un

momento concreto de la civilización. Cristalización de significaciones múltiples en torno a la cual se va a fundar la emergencia del sentimiento moderno de la familia.

Durante el último tercio del siglo XVIII y a lo largo del XIX aparecerán múltiples iniciativas, no solo en la esfera íntima, privada, como las señaladas anteriormente sino públicas, de tipo legislativo (regulación del trabajo infantil, legislación específica para la protección del niño...), educativo, sanitario, fundación de instituciones, aparición de nuevas disciplinas centradas en la infancia...etc. Los organismos públicos comenzaron a pensar en los niños como tales, con necesidades propias de su vulnerabilidad y no como adultos en pequeño (Pollock, 1993, p. 25.).

Es en este contexto de interés por el niño que surgen los primeros tratados de psicopatología infantil.

## **2. La psicopatología del niño como disciplina**

### **2.1 La aparición de la psiquiatría como disciplina**

El impacto de las ideas surgidas de la Ilustración, de la Revolución Francesa, y por otro lado de las obras de Pinel (1818) (2006) y Esquirol (1805) (1938), producen cambios notables en el trato al enfermo mental. Comienza a emerger en ese momento la psiquiatría como disciplina y a partir de la mitad de siglo, junto con el interés surgido por la infancia, se acelera el interés por la psicopatología específica del niño progresivamente.

Como lo ha señalado Foucault (1991) *“el derecho refinará, indefinidamente, su análisis de la locura; y en un sentido es justo decir que sobre el fondo de una experiencia jurídica de la alienación se ha constituido la ciencia médica de las enfermedades mentales”* (p. 203.). Tema este, del desplazamiento de la concepción de la locura como alienación moral, y objeto de tratamiento moral, a su transformación en enfermedad mental, objeto de la medicina, que José María Álvarez (2008) ha tratado admirablemente.

Fue el esfuerzo del siglo XVIII de ajustar la antigua noción de derecho a la experiencia contemporánea del hombre social la que guía a la Ilustración en su concepción de la locura. Y así la medicina positivista del siglo XIX hereda todo este esfuerzo de la *Aufklärung*. Admitirá como ya establecido y probado que la alienación del sujeto de derecho puede y debe coincidir con la locura del hombre social, en la unidad de una realidad patológica que es a la vez analizable en términos de derecho y perceptible socialmente.

*“El momento en el que la jurisprudencia de la alienación se convierte en condición previa de todo internamiento es también el momento en que, con Pinel, está naciendo una psiquiatría que pretende tratar por primera vez al loco como un ser humano”* (Foucault, 1991, p. 206.).



Si bien el nacimiento de la psiquiatría moderna, suele asociarse a la retirada de las cadenas de los alienados por Pinel, como un efecto directo de los ideales de la revolución francesa - el 11 de septiembre de 1793 obtiene el permiso de la Asamblea para quitar las cadenas de los alienados, ante el asombro de los miembros de aquella por la temeridad que suponía (Marsset, 1988, p. 19.) -, es la confluencia de las nuevas condiciones del derecho, la medicina y la psicología las que posibilitaron el nacimiento de la nueva disciplina (p. 13.).

La regulación jurídica del Antiguo Régimen desaparece y cuando a finales del XVIII todo apunta hacia una nueva concepción del hombre, esta se plasma en la nueva legislación de la Revolución Francesa.

La medicina descubre el método anatomoclínico y la observación de los tejidos. Procedimiento que al sacar a la luz un elemental, que es al mismo tiempo un universal, concede un privilegio epistemológico a la mirada de superficie (Foucault, 1980, p. 184.). Esta mirada genera una nueva gramática, que no es ajena a la creación de sistemas de reorganizaciones, y que debe identificarse con la aparición de la clínica, como hecho histórico. Se genera así un nuevo lenguaje basado en la mirada.

*“Una gramática de los signos ha sustituido a una botánica de los síntomas. Esta nueva estructura está señalada por el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta ¿Qué tiene Ud.? con la cual se iniciaba el dialogo del médico y el enfermo con su gramática y estilos propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo discurso ¿Dónde le duele a Ud.?” (Foucault, 1980, pp. 14 y 15.)*

En el campo de la psicología, la psicología de las facultades cede su lugar al empirismo de Locke (1779) y al sensualismo de la filosofía de Condillac (1798)

La influencia del pensamiento científico de la época es muy grande en Pinel. En su periodo inicial de formación destaca la gran influencia que sobre el concepto de la naturaleza

y su estudio científico tuvo la obra de Newton. La aplicación de la lógica matemática a cualquier fenómeno, desde la biología al derecho, es reconocida por Pinel, tal como vemos en el título de su grado en “Maître-des-arts”, que recibe en junio de 1767, con la tesis titulada “*De la rectitude que l’étude des Mathématiques imprime au jugement dans son application aux sciences*” (Marset, 1988, p. 13.).

Así el método que propone Pinel (2006) es el de la objetivación de la locura mediante la descripción y clasificación exhaustiva, según el método de las ciencias naturales. Se articula de este modo lo visible, lo manifiesto a los sentidos, en un lenguaje formalizado. Siendo su propuesta el tratamiento moral: es el uso de los consejos para las pasiones, el de la lógica y el razonamiento para los trastornos del entendimiento y en todos los casos la terapéutica por el trabajo. Es un tratamiento de la pérdida de la razón por la razón muy propio de la época de la Ilustración. Si la comprensión del sentido y la estructura de la experiencia clínica pasan por las instituciones, en las cuales se ha manifestado su esfuerzo de organización (Foucault, 1980, p. 88.), el hospital va a convertirse en el campo de la praxis de la psiquiatría.

La confluencia del desarrollo de estas tres disciplinas, derecho, medicina y psicología, hace que surja la psiquiatría. Si bien esta se inicia en Francia, al ser la transformación de las tres disciplinas mencionadas similar en varios países europeos, la nueva psiquiatría irrumpe en varios países en la misma época.

## **2.2 Los primeros pasos de la psicopatología infantil**

El campo de observación del niño y su psicopatología es casi tan antiguo como el de la psiquiatría del adulto, ya que como es sabido Pinel (Pinel, & Itard, 1991) realizó el diagnóstico del niño salvaje de Aveyron. Y sin embargo la psicopatología del niño no consigue establecerse como disciplina más que a partir de los años 1930, época en la que

simultáneamente, como señala Bercherie (1983), se inicia el declive y la extinción de la observación clínica en la psiquiatría clásica.

Esta diferencia temporal entre la aparición de la Psiquiatría y el establecimiento como disciplina de la Psiquiatría del niño no es contingente, sino que forma parte de la problemática y de las discusiones mismas de las que surgió la psicopatología de la infancia, así como a los intentos de resolverlas. Este es un hilo que persiste hoy en día y que hace de la clínica del niño un lugar de controversias y que también la sitúa como un lugar de referencia y guía del conjunto de la psicopatología.

### **2.3 Entre los años 1800 y 1880: Retraso mental, Idiotez**

Los tres primeros cuartos del siglo XIX están marcados por un aumento de la preocupación por las condiciones de los alienados, que también alcanza a los niños, dando lugar a la creación de servicios para la infancia alienada, independientes de los centros para adultos, impulso que se produce especialmente en Francia. A raíz de este impulso el campo y el contenido teórico de la psicopatología infantil se amplía paulatinamente entre los años 1800 y 1880.

Para Bercherie (1983) este periodo está exclusivamente consagrado a la noción de retraso mental, tal como la constituye Esquirol (1838), desde antes de 1820, con el nombre de *idiotia o idiotez*. No se trataba de una noción elaborada a partir de la observación del niño, sino de un concepto que marca un momento capital de la formación de la psiquiatría del adulto.

Pinel (2006) ya había descrito el idiotismo en su *Traité médico-philosophique sur l'alienation mental* definiéndolo como una anulación de las facultades intelectuales y afectivas del conjunto de la actividad mental. Quedando reducido el idiota a una existencia vegetativa salvo en algunas manifestaciones mentales residuales.

Esquirol (1838) no modificará el espíritu de esta nosología, pero separará el idiotismo adquirido, considerado como curable, del congénito, considerado irreversible, del que va a hacer la idiotez. El adquirido devendrá la forma aguda de la demencia.

Para Esquirol (1838) no se trata de una enfermedad, sino de un estado, en el cual las facultades intelectuales no se manifestaron jamás o no pudieron desarrollarse suficientemente como para que el idiota haya podido adquirir los conocimientos equivalentes a los que reciben los niños de su misma edad y en sus mismas condiciones. La idiotez comienza con la vida y perdura a lo largo de toda ella, manifestándose como una organización imperfecta o detenida del desarrollo. No concibiéndose la posibilidad de salir de dicho estado.

Este punto será objeto de importantes discusiones. Esquirol (1838) es pesimista al respecto ya que no considera a la idiotez ni como un delirio, ni como una falta del desarrollo, ni una enfermedad; sino que la considera causada por la mala conformación de los órganos cerebrales.

A partir de este punto se introduce, tal como lo plantea Bercherie (1983), una división entre la locura, del adulto, que hasta la emergencia de la alienación presentaba una apariencia normal, y la idiocia, una afección congénita o adquirida tempranamente en la infancia, que va a ser durante todo este periodo el primer concepto de la psiquiatría del niño.

Por otro lado hemos de subrayar que es el único resto de aquella clínica original, que aún perdura en la psicopatología actual, tal como es registrado en el CIE-10 (World Health Organization, 2000), como Retraso mental (F70-F79).

Esquirol (1838) complejizará la descripción de idiotez diversificándola, al distinguir grados en la afección. Distingue entre el idiota propiamente dicho, el retrasado profundo, reducido a la vida vegetativa, y el imbécil, que posee una vida psíquica grosera y un lenguaje elemental.

Los autores de este periodo no creen en la existencia de la locura en el niño. Séguin (1997) afirma que no existe ninguna observación auténtica de alienación mental en un sujeto menor de diez años. El padecimiento del niño, en este periodo, es esencialmente la idiotez, a la que se le agregan los trastornos epilépticos. Lo que va a ser entonces objeto de importantes discusiones es el grado de irreversibilidad del retraso mental. Oponiéndose las concepciones oficiales, de Pinel y Esquirol, con la de los educadores de idiotas, algo posteriores en el tiempo: Séguin (1997) y Delasiauve (1853), quienes opinaban que la mayoría de las veces el déficit era parcial, afectando este al conjunto del desarrollo mental, y su abordaje difícil e impracticable si solo se les aplicaba el modelo tradicional de educación.

El punto del que parte la concepción de estos educadores es el tratamiento de Víctor, el niño salvaje del Aveyron (Pinel, & Itard, 1991). Que fue la primera descripción detallada y exhaustiva del caso de un niño en psicopatología (Gineste, 2006), y asimismo concentraba en sí el interés de su época, muy rousseauiano, por el salvaje inocente y la infancia.

#### **2.4 El niño salvaje del Aveyron**

Para Gineste (2012), la historia de la psicopatología infantil se confunde con la lenta aparición, en el pensamiento moderno, del concepto de psicosis infantil. Nacimiento que se fue realizando a lo largo de un siglo y medio.

Y este lento camino tiene su punto de inicio con el tratamiento del niño, conocido con el nombre del salvaje de Aveyron, quien fue llevado a París, en 1799, y examinado por Pinel (Pinel, & Itard, 1991), quien lo diagnostica como idiota y lo considera irrecuperable. Sin embargo es confiado a J.-M.-G. Itard, amigo de Esquirol y discípulo de Pinel, quien toma otra posición diferente. Intenta educarlo.

Frente a la pura dimensión diagnóstica de su maestro, Itard plantea una causalidad. Proponiendo el origen de la situación de Víctor en la ausencia radical de lazo social, en especial del lenguaje, que sufrió debido a su feroz aislamiento (Gineste, 2009).

La tentativa de Itard de tratamiento moral del niño (Itard, Husson, Bourneville, Delasiauve, & Bousquet, 1894) resultó un semi-fracaso, estando de acuerdo la posteridad con el diagnóstico de Pinel, acorde a la nomenclatura de su época.

Sin embargo la importancia de la historia de Víctor se mide porque con él, el salvaje y el idiota desaparecen detrás de su condición humana, siendo esta el motivo de su tratamiento moral. Además, este tratamiento moral fue el primero, y el único de su época, publicado con tantos detalles, hasta en sus fracasos y sus callejones sin salida. Lejos de considerarlo como una disputa, entre Pinel e Itard, el tratamiento de Víctor no es sino la puesta en práctica del *Traite médico-philosophique* del primero.

Pinel realiza el diagnóstico, pero es Itard (et. al, 1894), quien durante más de cuatro años se ocupó cotidianamente de Víctor, quien, después de todos estos años, nunca aprendió a hablar. Luego de una mejoría relativa, engordó enormemente, pareció levantar entre el mundo y él una barrera cada vez más alta y se refugió en sus actividades estereotipadas entrelazadas con furiosas masturbaciones.

Sin embargo este comienzo, en el que no solo se propone un diagnóstico o una dimensión de tratamiento, sino una hipótesis sobre la causalidad, fue efímero por la ausencia de un aparato conceptual capaz de fundamentar las conclusiones de este primer tratamiento y de prolongar sus descubrimientos.

La psiquiatría del niño, inmediatamente después, y durante un siglo, se replegó hacia una posición pedagógica, en la cual la preocupación por la adquisición de aprendizajes simples, se impuso a las tentativas de comprensión psicológica y como afirma Gineste

(1983), firmó la rendición sin condiciones al principio de clasificación cuantitativa de las aptitudes intelectuales y sociales.

Durante este tiempo la generación de los alumnos de Pinel, fueron generando las primeras agrupaciones institucionales de niños idiotas. Europa entera construyó centros análogos durante la segunda mitad del siglo XIX, inspirándose en esta primera generación pionera. En Francia fueron los discípulos de Bourneville (1880) (1905), quienes fueron los apóstoles del tratamiento médico-pedagógico de la enfermedad infantil, de la paidopsiquiatría.

El tratamiento médico-pedagógico preconizado por Bourneville (1905), consistía en primer lugar en una buena instalación, locales bien ventilados, alimentación sana y abundante, hidroterapia, gimnasia, marcha y paseos por los alrededores, todo lo cual constituía el tratamiento higiénico. La educación se aplicó al desarrollo de las facultades conservadas por los idiotas: mediante ejercicios de reconocimiento de objetos más o menos comunes, la enseñanza del dibujo, de la música, se ejercitaron sus sentidos, su memoria y, hasta cierto punto, su juicio; habituándolos a la amabilidad, a la limpieza, a una acción común, se les disciplinó, se desarrolló su voluntad y se elevó sensiblemente su nivel moral.

El higienismo que aparece en esta época, articulado al utilitarismo de Bentham y Stuart Mill en Inglaterra, es efecto sin duda del empuje a la igualdad, igualitarismo, que favorece el sujeto de la ciencia. El utilitarismo preconiza el principio del mayor bien para el mayor número de personas, lo cual no era ajeno a los ideales republicanos. Esta corriente de pensamiento que influyó en estos tratamientos, tuvo su exponente más peculiar en Edouard Séguin (1997), izquierdista y republicano ferviente, quien emprendió la educación del niño idiota con éxito y creó instituciones en las que aplicó su método.

En 1850, Séguin se exilia a Estados Unidos y debido a su influencia se desarrollaron las escuelas de la costa Este, en Cleveland y Albany (Thuillier 2011), echando raíces la psiquiatría del niño estadounidense.

La cúspide de este movimiento pedagógico, lo constituyó la empresa de Binet (1903) (1907), cuyo proyecto, consistió en establecer una escala de medición que permitiera leer en grados la capacidad global de la inteligencia (Binet, & Simon 2006).

Esto tuvo como efecto que los alienistas se vieron privados de los pacientes que pertenecían a los dos extremos de su escala, ya que la empresa de Binet culminó con la creación, en 1907, de clases de perfeccionamiento, que solo dependían de la instrucción pública y donde habrían de acudir los más inteligentes de los idiotas y los imbéciles. Ya que afirmaba también que los más afectados no podían obtener ningún provecho del tratamiento médico-pedagógico.

La fijación cuantitativa de las aptitudes intelectuales mediante las escalas de Binet constituyó el apogeo, pero también el límite, del movimiento médico-pedagógico que la naciente paidopsiquiatría había abrazado al renunciar al proyecto médico-filosófico. Su obra es contemporánea de la reflexión psiquiátrica, que a la luz de los límites de los tratamientos médico-pedagógicos, habría de revisar por completo la nosografía y conducir a la noción de las psicosis infantiles, pasando por las demencias.

Sin duda el caso ejemplar, de este primer periodo de la psicopatología del niño, comprendido entre los años 1800 y 1880, es el niño salvaje del Aveyron, quien hoy en día consideraríamos con muchos rasgos pertenecientes a un niño autista, sin embargo la noción global de idiotez recubrirá este tipo de casos hasta los años 1930 (Bercherie, 1983).

Será el descubrimiento de la demencia precocísima, por Sante de Sanctis (1909), entre 1902 y 1906, quien relativizará las conquistas de la psicometría.



## **2.5 Periodo comprendido entre 1880 y 1930**

En el periodo posterior a 1880, el contenido de la psicopatología infantil se amplía. A partir de este momento encontramos tratados completos sobre el tema y no solamente capítulos dentro de manuales de psiquiatría o pediatría.

Lo que caracteriza todos estos trabajos es que se trata de encontrar en el niño, por supuesto junto al retraso, los síndromes mentales descritos en el adulto, que por otro lado varían siguiendo las referencias nosológicas de los autores: excitación y manía, depresión y melancolía, obsesiones y fobias, paranoia, alucinaciones y delirios, locura moral es decir perversión, y también neurosis en el antiguo sentido del término: histeria, epilepsia, tics.

Solo con el cambio de siglo, con la importación de los conceptos surgidos de la nosología kraepeliniana, así como también de la paído-psiquiatría, la psiquiatría infantil podrá salir de su posición inicial como campo complementario teórico y clínico de la psiquiatría del adulto, para pasar a disponer de nociones que tengan un valor heurístico seguro en el plano de la investigación clínica.

## **2.6 De la demencia precoz infantil a la demencia precocísima**

En las diferentes ediciones de su Tratado de Psiquiatría, Kraepelin (2008) agrupó a una clase de enfermos muy tempranamente afectados por la alienación y cuyos rasgos clínicos sobresalientes eran la extravagancia, la ambivalencia, la impenetrabilidad y el autismo, que evolucionaban inevitablemente hacia un estado de embotamiento y de incoherencia. Debido a la aparición juvenil de los primeros signos de esta demencia, la llamó *dementia praecox*.

*“Arribé al punto de partida de la línea de pensamiento que en 1896 llevó a que la demencia precoz se considerara como una enfermedad claramente diferenciada, por un lado, debido a la sobrecogedora impresión de los estados de demencia muy*

*similares entre sí, que se desarrollaban a partir de los más variados síntomas clínicos iniciales; y por otro lado, por la experiencia conectada con las observaciones de Hecker de que las demencias en especial parecían estar estrechamente relacionadas con el periodo de la juventud”* (Kraepelin, 2008, p. 27.).

El modelo kraepeliniano (2008) tuvo gran influencia sobre los alienistas encargados de los niños (Aubry 1910), si bien fue el romano Sancte de Santis (1909), quien con el inicio del Siglo XX, describió una nueva entidad nosológica, al intentar establecer el diagnóstico diferencial entre el retraso mental y un cuadro en el que los niños se escapaban al diagnóstico de idiocia o imbecilidad. Consideró que estos casos podían ser incluidos bajo el concepto de la demencia precoz, ya que presentaban síntomas de esta psicosis tales como: buena memoria, buena capacidad de percepción, frente al conjunto de los síntomas deficitarios. Entre 1906 y 1909, de Santis (1909), publica una serie de artículos dedicados a las formas muy tempranas de demencia precoz, a las que bautizó con el nombre de *demencias precocísimas*.

Es necesario hacer mención a los trabajos de Heller (1908) sobre la demencia infantil. Son seis observaciones de casos de inicio hacia el tercer año de vida que culminaron rápidamente en una demencia profunda, la *demencia infantil*. En efecto, estos niños evolucionaron hacia la demencia con *manierismos* de las actitudes y estereotipias gestuales y del lenguaje.

## **2.7 Esquizofrenia y esquizofrenia infantil. Las primeras influencias del psicoanálisis**

La nosología, como podemos ver, es el resultado de elaboraciones históricas que producen desplazamientos y sustituciones terminológicas. Y así el cuadro de las demencias precoces será revisado por Bleuler (1911/1993) quien con el éxito de su nuevo término de esquizofrenia sustituirá al de las demencias.

El término de esquizofrenia proviene de Eugenio Bleuler, de su obra de 1911, que todavía es un clásico la *“Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias”* (1911/1993). Si la paranoia es un concepto, que surge con Griesinger (1865), y es de origen puramente psiquiátrico, el término esquizofrenia surge con posterioridad al nacimiento del psicoanálisis y es influido por este.

El concepto de demencia precoz es un concepto que aparece en la cuarta edición del Tratado de psiquiatría de Kraepelin (2008) (Miller, 1983), en 1893, como uno de los capítulos del apartado “Procesos psíquicos degenerativos”.

*“La cuarta edición registra algunas modificaciones de detalle (simplificación de los delirium, de los estados de agotamiento, de los Wahnsinn; complicación de los Verrückheit y de los estados de debilidad congénita) y especialmente una mutación fundamental: Kraepelin intercala entre las paranoias (él también adopta este término para las Verrückheit) y las neurosis generales una nueva clase: los procesos psíquicos degenerativos: Estos comprenden tres formas: a/ Dementia praecox, b/ Catatonía, c/ Dementia paranoides”* (Bercherie, 1986, p.109.).

En la quinta edición, que apareció en 1896, este grupo pasa a llamarse “Procesos demenciales”, que de nuevo incluye tres formas: Dementia praecox, Catatonía y Dementia paranoides. El apartado “Procesos demenciales” sustituirá al de “Procesos psíquicos degenerativos”.

Pero el momento de mayor coherencia interna que obtiene el edificio kraepeliniano se alcanza con la sexta edición del Tratado, que aparece en 1899, en dos volúmenes. En las que se duplican, pasando de 31 a 77, las páginas dedicadas al tema de la demencia precoz.

Doce años antes de la edición de la obra de Bleuler (1911/1993), Kraepelin (2008) ponía el acento en la pérdida de la unidad interior y la destrucción de las conexiones internas

de la personalidad psíquica. Pero entre la séptima y la octava edición ya ha sufrido la influencia del manual bleuleriano y en parte lo copia.

El concepto de Bleuler (1911/1993) supone la sustitución en la nosología de la demencia por la esquizofrenia. Esta es, tal como lo plantean Miller (1983) y Bercherie (1986), una reformulación que se realizó bajo la influencia del psicoanálisis. En términos freudianos, la esquizofrenia fue un retoño del discurso analítico (Miller 1983).

*“El punto de partida y la originalidad de las concepciones de Bleuler se deben a su enfoque psicoanalítico de los síntomas esquizofrénicos”* (Bercherie, 1986, p. 154.).

En 1911 confluyen la historia de la psiquiatría y la del psicoanálisis. Carl Gustav Jung era el asistente de Bleuler, quien dirigía la clínica suiza de Burghözli, donde Freud encontró, más allá del medio judío, sus primeros adeptos. Y con tal entusiasmo que Jung llegó a presidir la Asociación Internacional de Psicoanálisis.

Los psiquiatras de Burghözli, una clínica internacional muy respetada, se interesan por su obra y publican textos bajo la influencia de las teorías freudianas. La correspondencia entre Freud y Jung (2006), que hasta entonces no se conocían, se inaugura con el envío de Jung a Freud de su texto *“Uber die Psychologie der Dementia praecox”*, fechado en 1907 (1907/1987). Freud (1911/1980) mencionará el escrito de Jung en su segundo capítulo dedicado al caso del Presidente Schreber (p. 34.).

En el Jung refiere las anomalías en las respuestas de los pacientes a la existencia de complejos de representaciones cargados emocionalmente, los cuales se manifiestan mediante cadenas asociativas fijas. Y es en este caldo de cultivo, que Bleuler (1911/1993) utilizará los conceptos freudianos para revisar los de Kraepelin (2008).

Jung y Bleuler van a atribuir un papel causal, a dichos complejos, en la expresión de cada síntoma, (Landriscini 2014) procediendo a una aplicación de los mecanismos freudianos del inconsciente. Así un neologismo constituye una condensación de varias significaciones

del complejo; una respuesta inadaptada supone un desplazamiento con respecto a la significación original; un delirio representa las necesidades afectivas o temores del sujeto; etc.

De este modo Bleuler (1911/1993) desplaza los criterios de cronicidad, precocidad y debilitamiento inherentes a la demencia precoz kraepeliniana y los sustituye por la dinámica psíquica subyacente a los casos que cifra principalmente en la escisión, “*Spaltung*”, de las funciones psíquicas más diversas.

Bleuler (1911/1993) sitúa la escisión psíquica -la *Spaltung* freudiana, de la que ya hablamos, que Lacan (1966f) llama sujeto de la ciencia-, en el origen de los síntomas más diversos de la esquizofrenia. Freud rechazará la idea bleuleriana de abordar la psicosis como una disociación fundamental y como un déficit, queriendo situarla en su aspecto productivo, del lado del delirio, tal como se extrae de su texto sobre el presidente Schreber (1911/1980).

Para Freud la división subjetiva, es trans-estructural, es consustancial al ser hablante, se da en la neurosis, la psicosis y las perversiones, tal como escribió en el “*Esquema del psicoanálisis*” su texto inacabado y publicado tras su muerte.

*“El punto de vista que postula en todas las psicosis una escisión del yo no tendría títulos para reclamar tanta consideración si no demostrara su acierto en otros estados más semejantes a las neurosis y, en definitiva, en estas mismas. Me he convencido de ello sobre todo en casos de fetichismo”* (Freud, 1940a/1986a, p. 204.).

Esta era la atmósfera de los debates de esta época que progresivamente irá aceptando el modelo de la esquizofrenia, de tal modo que tanto la demencia infantil como la demencia precocísima fueron rebautizadas con el nombre de *esquizofrenia infantil*.

En 1937, se celebra en París el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría del Niño, y en él las descripciones de los casos oscilaron entre el polo demencial para insistir en la inflexión de la curva de desarrollo y el polo esquizofrénico para indicar la construcción activa

del proceso patológico. No será hasta la postguerra de la II Guerra que el edificio de la psiquiatría se construirá sobre el modelo de la esquizofrenia, como referente mayor.

Aunque hay dos referencias ineludibles en este camino, Jakob Lutz (1937), quien trazó los límites precisos de la esquizofrenia infantil, frente a las evoluciones esquizofreniformes, en particular epilépticas. Y J. Louise Despert (1968) quien, en 1938, realizó la primera gran descripción de la enfermedad, apoyándose en una observación de 29 casos, que estudió entre 1930 y 1937 en el Instituto Psiquiátrico del estado de Nueva York.

La reunión de estos elementos: la descripción precisa de un cuadro clínico de la locura en la infancia, la esquizofrenia infantil, un primer congreso profesional internacional, y un nuevo marco conceptual, el psicoanálisis, alejado de los paradigmas médicos que marcaron la clínica del adulto –hemos de recordar que ya en 1909 Freud (1909/1998) había publicado el caso del análisis de un niño, el célebre caso Juanito, y que en 1930 Melanie Klein (1930a/2006a) publicará el análisis de un niño psicótico: el caso Dick-, todos estos elementos, harán de los años treinta, la época, en el que la clínica psicopatología del niño encuentre su punto de anclaje, lo cual permitirá la localización, una década después, por el genio clínico de Leo Kanner (1943) de un nuevo cuadro clínico sin antecedentes en el adulto.

### 3. La emergencia del psicoanálisis

#### 3.1 Declive del padre y descubrimiento del inconsciente

Lacan, desde muy pronto, en su escrito “Les complexes familiaux dans la formation de l’individu” (2001a), llama la atención sobre los efectos de la declinación social de la imago paterna. Esta declinación de la autoridad parental, sobre la que los sociólogos han llamado la atención en la última década del siglo XX y las primeras del XXI, –sirvan como ejemplo, la obra de Flaquer (1999), o la de Dubet (2002) –, era ya motivo de reflexión de Lacan en 1938, quien sin ninguna nostalgia, situaba a este declive constituyendo una crisis psicológica.

Lacan (2001a) ve a este declive de la autoridad tradicional como un retorno, sobre las colectividades y los individuos, de los efectos extremos del progreso social. Efecto ligado íntimamente “*a la dialéctica de la familia conyugal, ya que se opera a través del crecimiento relativo, muy sensible por ejemplo en la vida norteamericana, de las exigencias matrimoniales*” (p. 71.).

El segundo de los efectos de esta crisis es la aparición misma del psicoanálisis, a quien relaciona con esa crisis y con el crisol cultural que fue la Viena fin de siglo.

*“Quizás la aparición misma del psicoanálisis deba relacionarse con esta crisis. Es posible que el sublime azar del genio no explique por sí solo que haya sido en Viena – centro entonces de un estado que era el melting-pot de las formas familiares más diversas, desde las más arcaicas hasta las más evolucionadas, desde los últimos agrupamientos agnáticos de los campesinos eslavos hasta las formas más reducidas del hogar pequeño burgués y hasta las formas más decadentes de la pareja inestable, pasando por los paternalismos feudales y mercantiles –el lugar en el que un hijo del patriarcado judío imaginó el complejo de Edipo”* (Lacan 2001a, p. 72.).

En 1966, Lacan afirmará:

*“que es impensable que el psicoanálisis como práctica, que el inconsciente, el de Freud, como descubrimiento, hubiese tenido lugar antes del nacimiento, en el siglo que ha sido llamado el siglo del genio, el XVII, de la ciencia”* (Lacan 1966f, p. 857.).

Por tanto es en el momento en el que se fractura la autoridad patriarcal, tradicional, como efecto de los extremos del progreso social, –consecuencia estos de la ciencia-, que aparece el inconsciente como descubrimiento.

Señalar como, en su potencia transformadora, la ciencia, en este momento de fractura y creación, emerge como una nueva modalidad de autoridad, como un ideal de su época. Y es esa fidelidad al cientifismo de su tiempo, ya que Freud (1910b/1979) participó activamente de los ideales de su tiempo, la que le condujo, como demuestran sus escritos, a abrir la vía del inconsciente que lleva para siempre su nombre.

Estas afirmaciones de Lacan (1966f) tienen una raíz freudiana, ya que en sus reflexiones sobre la autoridad, hallamos la idea de un declive de la tradición como causa de la generalización de las neurosis. Freud habla de *“la extraordinaria multiplicación de las neurosis desde que las religiones entraron en decadencia”* (Freud, 1910b/1979, p. 138.).

Y especialmente el capítulo séptimo, de su artículo de 1927, *“El porvenir de una ilusión”* (Freud, 1927/1986), texto este que es un tratado freudiano sobre la creencia. Sobre cómo se crean, transmiten, y reciben su alta estima, las representaciones de alto valor. La tesis freudiana es que el hombre en su desvalimiento frente a las fuerzas de la naturaleza, las humaniza, confiriéndoles un carácter paterno, creando un *“tesoro de representaciones engendrado por la necesidad de volver soportable el desvalimiento humano, y edificado sobre el material de recuerdos referidos al desvalimiento de la infancia de cada cual”* (Freud 1927/1986, p. 18.).



Lo que aparece entonces en la raíz de la creencia es la *Hiflösigkeit*, el desvalimiento humano. Es decir, la representación de alto valor se sostiene de ese real que es el desvalimiento. Al mismo tiempo se pregunta si otras representaciones que tenemos en alta estima no serán también ilusiones, ficciones, como las premisas que regulan las normas estatales o las relaciones entre los sexos.

Freud (1927/1986) afirma que estas representaciones de alto valor se sustituyen por otras – habla de la sustitución de los motivos religiosos por otros motivos y señala a la ciencia. Es el año 1927 y se plantea que la religión ha perdido parte de su influencia sobre las masas, a consecuencia del fortalecimiento “*del espíritu científico en los estratos superiores de la sociedad*” (p. 38.), prediciendo que esto llegará a las masas.

Este es el porvenir para Freud, la ciencia sustituyendo a la religión, e incluyendo al psicoanálisis.

### **3.2 El descubrimiento del inconsciente**

Freud (1985/1999) descubrió el inconsciente e inventó el psicoanálisis, en el momento en el que decidió abandonar la sugestión autoritaria, el hipnotismo, y el paciente pudo hablarle libremente, sin restricción alguna. Este lazo de palabra, es la ya famosa regla de la asociación libre, a partir de la cual, Freud inauguró una praxis, un tratamiento del sufrimiento humano. La “*talking cure*” como la llamó, no sin humor, Anna O (Freud, 1985/1999).

Freud llegó muy rápidamente a esta regla, inspirado por sus pacientes, principalmente histéricas, que preferían que se les escuchase a que se les hablase. De este modo dirigiendo un discurso a un destinatario, rápidamente se constata la extrema coacción que sufre la palabra. Ironía de la regla fundamental. No solo el sujeto no dice lo que quiere, sino que dice otra cosa de lo que quería decir.

La constatación de la regla de la asociación libre es que al hablar, si bien se piensa que se utiliza la lengua, es la lengua la que utiliza al sujeto. El sujeto se descubre hablado por la lengua, como lo ha estado desde siempre.

Al seguir la regla fundamental los pacientes comenzaron a relatarle sus sueños y posteriormente el campo de lo que Freud llamó la “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901/1996). Es decir, los sueños, los lapsus, los olvidos, los actos fallidos..., fenómenos negativos del sentido, que Freud integró al sentido como elementos de lenguaje. Pensó que lo que más sentido tenía para el sujeto eran los momentos en que su discurso podía desfallecer, caer en una falta, un olvido; y allí reestableció la positividad de ese negativo (Miller, 1984b, p. 35.).

El descubrimiento, de ser utilizado, ser hablado por la lengua, y la constatación de haberlo sido desde siempre, eso es el inconsciente. Es el descubrimiento de que el lenguaje trasmuta al individuo en lo más profundo de sí mismo, transformando sus necesidades, sus afectos, su cuerpo.

Las producciones del sujeto como las recogió Freud, los lapsus, los actos fallidos, los olvidos, no se pueden situar en un eje en el que se confundirían con la inteligencia, la excelencia, las capacidades cognitivas, la perfección del individuo. El sujeto del inconsciente es excéntrico, descentrado en relación al individuo biológico. Es otra cosa que el organismo que se adapta.

En consecuencia, la clínica que Freud inauguró, no es una clínica de la mirada, una clínica de la objetivación del signo, que permitiría confirmar o completar una clasificación nosológica, sino que es una clínica de la palabra, cuya particularidad es la asociación libre, lo cual la distinguió desde su origen de las de su época. La irrupción de esta nueva perspectiva revolucionó la subjetividad, mostrando que el sujeto no se confunde con el individuo.

Nueve años después de la edición de la interpretación de los sueños Freud (1909/1998) da cuenta del que sería el primer caso de psicoanálisis de un niño.

### **3.3 El análisis de Juanito. Primer psicoanálisis de un niño**

Freud llama al texto donde da cuenta de este caso: “Análisis de una fobia de un niño de cinco años” (1909/1998), donde refiere la aparición, instalación y desaparición de una fobia, en el periodo comprendido entre los meses de enero a mayo de 1908. Finalmente la fobia desaparece y Juanito encuentra una pacificación, lo que permite hablar de una resolución curativa, terapéutica.

Lacan dedicó un año de su seminario (1994), en el que realizaba su comentario de los textos freudianos, su retorno a Freud, al comentario de este texto de Freud. En su escrito “La instancia de la letra” resume su trabajo de seminario de ese año sobre Juanito afirmando:

*“Así es como, para colocarlos en el punto preciso en que se desarrolla actualmente en mi seminario mi comentario de Freud, el pequeño Hans, a los cinco años abandonado por las carencias de su medio simbólico ante el enigma actualizado de repente para él, de su sexo y de su existencia, desarrolla, bajo la dirección de Freud y de su padre, discípulo de este, alrededor del cristal significante de su fobia, bajo una forma mítica, todas las permutaciones posibles de un número limitado de significantes”* (Lacan, 1966d, p. 559.)

La familia de Juanito pertenecía al círculo de los cercanos a Freud, habiéndose la madre de Juanito analizado con él. Con el descubrimiento de la sexualidad infantil en la raíz de los síntomas de los adultos – teoría que publicó en sus “Tres ensayos de teoría sexual” (1905/1993) -, Freud había instado a sus discípulos y amigos a que compilaran observaciones sobre la vida sexual de los niños. De este modo este matrimonio que educó sin coacciones a su hijo y que eran fervientes seguidores de Freud, enviaba, antes de que Juanito

desencadenara su fobia a los caballos, notas sobre el tema de la sexualidad infantil de su hijo a Freud. Notas que figuran al inicio del historial. Interrogándose Juanito, con tres años, sobre si los seres vivos, especialmente los más grandes que él, tienen *Wiwimacher*, hace-pipi. Un interés que no era meramente teórico ya que Juanito solía tocarse el miembro (Freud, 1909/1998, p. 9.).

Lacan afirma que Juanito se ve confrontado a los enigmas de su sexo y la existencia. Sabemos desde el inicio que Juanito tenía erecciones, afirmaba “*ya está crecido*” (Freud, 1909/1998, p. 31.), no dejando de masturbarse durante toda la observación. Sin que las amenazas que se le hicieron para que dejara este hábito le produjeran ningún efecto.

Freud (1909/1998) no deja de señalar la articulación entre las sensaciones corporales y la envoltura formal, el lenguaje, con que es descrito el síntoma de Juanito: “*Las sensaciones de picazón en el glande que mueven a los niños a tocarse son por lo demás descritas regularmente así: “Est beisst mich” (“Me pica; literalmente “Me muerde”)*” (p. 21.). Como mordían los caballos blancos que Juanito tanto temía.

Pero el gran acontecimiento que conmueve su vida es el nacimiento de su hermanita Ana, que se produjo cuando él tenía tres años y medio. Un año y medio después, a los cinco, desarrollará el miedo a que un caballo lo muerda por la calle. Hemos de recordar que los vehículos tirados por caballos eran el medio de tracción más común en la Viena de 1909, es decir, el caballo era un elemento de la vida cotidiana.

El nacimiento de la hermana le produjo, una privación, una separación temporal de la madre, y es a partir de aquí que “*resultó un acrecentamiento de la necesidad erótica, que empezó a sufrir una falta de satisfacción*” (Freud, 1909/1998, p. 107.).

Freud (1909/1998) opinaba que Juanito trataba “*a ambas personas [a su padre y a la hermana] de igual modo en el inconsciente, porque las dos le quitan a la mami, lo perturban en su estar solo con ella*” (p. 93.).

Este nacimiento contribuyó a una incitación al trabajo de pensamiento, planteándole el gran enigma: saber de dónde vienen los niños.

Freud hace mención al caso Juanito en dos artículos previos a la edición del historial del caso. Estos artículos le sirvieron para reflexionar sobre los problemas de la investigación infantil.

El primero de ellos es su artículo de 1907, “El esclarecimiento sexual del niño” (1907/1999), en el que Freud propone dos problemas que la investigación de Juanito lleva adelante:

1. La investigación sobre la cosita de hacer-pipi, situando allí Freud el problema de la diferencia de los sexos.
2. El segundo grave problema que se plantea al pensamiento infantil, el del origen de los hijos, anudado generalmente a la indeseable aparición de un nuevo hermanito o hermanita.

De este problema Freud dice:

*“Esta es la pregunta más antigua y quemante de la humanidad infantil; quien sepa interpretar mitos y tradiciones, puede escucharla resonar en el enigma que la Esfinge de Tebas planteó a Edipo”* (1907/1999, p. 119.).

El segundo artículo, del año 1908, titulado “Sobre las teorías sexuales infantiles” (1908/1999). En él, Freud, vuelve a plantear, que el niño comienza a reflexionar sobre lo que denomina el primero y magno problema de la vida, preguntándose de dónde vienen los niños, y más en concreto de dónde ha venido aquel niño que ha puesto fin a su privilegiada situación, e insiste *“Uno cree percibir el eco de este primer interrogante en muchísimos enigmas del mito y de la saga”* (p. 190.).

En estos dos artículos Freud articulará el enigma del origen de los niños, es decir las teorías sexuales infantiles, con el sentido oculto de los mitos y de las sagas, relacionándolas en concreto al mito de Edipo.

Juanito es entonces confrontado al enigma de su sexo, que las erecciones le producen, y al enigma de su propia existencia, actualizado por el nacimiento de su hermana.

La demostración de Lacan (1966d), sobre el origen de la fobia, apunta al hecho del desfallecimiento de la función simbólica del padre. No solo se trata de que este padre es muy amable y que Juanito se lo reprocha –le pide una asunción más cruel de su función-, sino que tenemos también a la madre que hace lo que le da la gana. Miller (2011) plantea que Lacan se divierte en el seminario (1994) que dedica al comentario del caso Juanito, recogiendo las indicaciones fugaces del texto freudiano en las que la separación de los padres aparece en el horizonte, y que Freud probablemente conocía, ya que la madre fue su paciente y tuvo la oportunidad de escuchar sus quejas respecto al deseo desfalleciente del padre. Tras un tiempo los padres se separarán, anticipando la fobia de Juanito este acontecimiento.

Cuando la fobia se desencadena es el padre quien realiza las conversaciones terapéuticas con su hijo. Freud solo interviene con el pequeño Juanito por intermedio de sus padres. Es con el padre con quien mantiene el diálogo terapéutico, quien por su particular manera de asumir la función paterna, tiene una responsabilidad mayor en el surgimiento del fenómeno de la fobia. Dicho de otro modo, en el curso mismo de la observación este agente terapéutico aparece como furiosamente patógeno (Miller, 2011, p. 170.).

La fobia será la tentativa de solución de la carencia simbólica del padre. El problema es que Juanito no tiene, porque su medio no se los ofrece, los medios simbólicos para encontrar una solución frente a un problema libidinal. Es el problema del goce fálico. No se trata de una pregunta sobre cuál es su sexo, ya que parece seguro de su virilidad en relación a

las niñas y a su madre; sino que el problema es cómo afrontar estas sensaciones especiales que experimenta su órgano.

Lacan (1994) considera que son estas sensaciones, las que siente en el pene real, el factor que desencadena la fobia, ya que no puede asimilarlas, dándoles una dimensión simbólica. Todo su esfuerzo es una interrogación para dar una representación y un lugar simbólico a esta dimensión libidinal.

Si bien no se trata de una pregunta sobre cuál es su sexo, si hay una dificultad para asumir esta dimensión libidinal, para asumir los títulos que le permitirá la función sexual viril. Para adquirirlos juega un papel esencial la presencia del padre real, quien debe asumir su función de padre castrador.

*“Se trata de saber cómo va a soportar Juanito su pene real, precisamente porque no está amenazado. Aquí está el fundamento de la angustia. Esto es lo intolerable de su situación, esta carencia por parte del castrador”* (Lacan, 1994, p. 365.).

Y de ahí que Juanito pida a su padre que lo castre, que regule este goce, estas sensaciones, ya que esta es la única forma que tiene de hacer el Edipo.

El momento en el que Lacan diagnostica la carencia del padre en el diálogo con Juanito (Freud, 1909/1998, p. 69.), es aquel en el que el padre le dice a su hijo que está echando pestes y Juanito le responde que lo hace porque el padre está celoso. Es una llamada en la que le pide: debes de ser un padre y el padre le responde: No es verdad. Es en este no es verdad donde Lacan (1994) sitúa la carencia, el momento en el que el padre desfallece.

Carencia paterna, tal como Lacan la emplea, no quiere decir *Verwerfung*, forclusión del nombre del padre, que es el mecanismo propio de la psicosis, sino una falta de encarnación del significante paterno, que no logra separar a Juanito de su madre.

Lo que logra que Juanito se separe de su madre es el nacimiento de Ana. Es este acontecimiento el que realiza el trabajo del padre. Sin embargo, este acontecimiento no le permitió a Juanito la identificación a un rasgo paterno.

La fobia aparece como una llamada a constituir el complejo de Edipo, y Lacan (1994) sitúa al caballo –en su simbolización de todas las formas imaginarias, con los rasgos del padre y también de la potencia paterna, es decir, todas las permutaciones posibles de un número limitado de significantes– como un reemplazo del Nombre del Padre.

Para Juanito no se trata de una solución típica del complejo de Edipo, necesaria para la resolución de la neurosis, ya que el padre es incapaz de asegurar una función mediadora de tercero, y solo la abuela paterna podrá asegurar esa función. Juanito no encuentra más que a esta abuela, a la que su propio padre estaba muy unido, como Nombre del Padre.

En el capítulo III del escrito, en la “Epicrisis”, Freud menciona las que llama “fantasías conclusivas” (Freud, 1909/1998, p. 106.) de Juanito, que darían cuenta de la resolución de la fobia.

Una en la que un instalador, un operario, le coloca un hace-pipi nuevo.

Y la segunda fantasía en la que confiesa el deseo de estar casado con la madre y tener con ella muchos hijos. Esta aparece en la conversación con el padre, al final del tratamiento, el día 30 de abril. En la que Juanito vuelve a jugar con sus hijos imaginarios y el padre le dice:

*“¿Cómo es que todavía viven tus hijos?”. Ya sabes que un varón no puede tener hijos.*

*[Juanito]: “Lo sé. Antes yo era mami, ahora soy el papi”.*

*[Padre]: “¿Y quién es la mami de los niños?”*

*Juanito: “Bueno, mami, y tú eres el abuelo”*



*[Padre]: “O sea, te gustaría ser tan grande como yo, estar casado con mami, y que ella tuviera entonces hijos.*

*[Juanito]: “Sí, eso me gustaría, y la de Lainz” (la abuela paterna) “es entonces la abuela”. (Freud, 1909/1998, p. 106.).*

Lo que permite concluir a Freud:

*“Todo termina bien. El pequeño Edipo ha hallado una solución más feliz que la prescrita por el destino. En lugar de eliminar a su padre, le concede la misma dicha que ansía para sí; lo designa abuelo, y también a él lo casa con su propia madre” (1909/1998, p. 80.).*

Esta es su solución, Juanito no encuentra más que a la abuela como Nombre del Padre. Esta es la identificación con la que Juanito resuelve el problema, identificación que lo deja en una posición materna. Una creación imaginaria materna.

Si bien hay quien opina que este era el momento de inicio de una cura analítica. Este análisis de la fobia de un niño de cinco años es el inicio del psicoanálisis con niños que rápidamente comenzará a desarrollarse.

### **3.4 Las pioneras del psicoanálisis con niños**

Tras las tesis freudianas sobre la sexualidad infantil (Freud, 1905/1993) y el caso inaugural de Juanito (Freud, 1909/1998), con el que se inicia la práctica psicoanalítica con niños, surgen rápidamente varias psicoanalistas mujeres que realizarán las primeras curas analíticas con niños.

Estas precursoras darán cuenta en sus escritos de su práctica, la cual debido a las diferencias doctrinales que promovieron, principalmente entre las escuelas vienesa e inglesa,

promoverán intensos debates teóricos de los que el psicoanálisis actual es deudor, y que se hacen sentir en las diversas orientaciones actuales de los psicoanalistas de niños.

Pero antes de la era de estos debates doctrinales fue Hermine von Hug-Hellmuth la primera de las pioneras del psicoanálisis con niños.

### **3.5 Herminia von Hug-Hellmuth**

Herminia von Hug-Hellmuth (1871- 1924) es una referencia fundamental en la historia del psicoanálisis, pues fue la primera psicoanalista que se planteó la práctica analítica con niños. Formó parte de la primera generación de analistas que fueron miembros de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. En mayo de 1913 es aceptada como miembro de dicha asociación. Fue miembro desde 1913 hasta su muerte en 1924 (Geissmann & Geissmann, 1992).

Sus escritos, que testimonian de la validez de las tesis freudianas sobre la sexualidad infantil, poniendo a cielo abierto la prevalencia de goce fálico en la vida sexual de los niños de ambos sexos, le valieron la estima y el apoyo de Freud. Tiene entre sus méritos la de servirse del juego como principio revelador de la significación del síntoma del niño (Solano, 1993).

En su artículo “A propósito de la técnica del análisis de los niños” (Hug-Hellmuth, 1921/1975), que presentó en el Congreso internacional de La Haya, en septiembre de 1920, propone un psicoanálisis que tome en cuenta las necesidades educativas y parece que considera que el analista debe de adoptar una perspectiva pedagógica (Geissmann & Geissmann, 1992).

Por otro lado, genera una propuesta técnica propia para el análisis con niños análoga a la del adulto; encuadre, método, transferencia negativa y positiva, interpretación, resistencias y el problema de los padres. Pero con modificaciones al encuadre clásico del adulto como:

inicio de análisis con niños a partir de los siete años, reducción de las sesiones semanales, duración de la sesión flexible, abandono del diván y de las asociaciones libres, utilización adecuada de interpretaciones (ella hablaba de explicaciones), la delicadeza respecto a las resistencias y a la resolución de la transferencia. Y por último, el juego como técnica en el análisis infantil, para situar la significación del síntoma del niño.

Si bien la concepción que tiene del niño se deduce de su propio análisis y de la versión del niño freudiana de “Tres ensayos sobre la sexualidad” (Freud, 1905/1993). Por otro lado piensa el psicoanálisis con niños como un cuidado y una educación del niño, con lo cual el psicoanálisis con niños se confundiría, en su caso, con una educación (Vallejo Orellana, R., 2004).

Hoy sabemos que su único sobrino, hijo de su única hermana, le procuró un gran material clínico a partir del cual ella pudo construir sus artículos. Podemos, como señala Solano (1993), deducir en esta mujer soltera y sin hijos una verdadera pasión interpretativa por este niño.

Herminia fue víctima de su propia pasión, muriendo bajo la mano asesina de su sobrino y objeto de estudio psicoanalítico. El escándalo de tal evento y el proceso público en donde el analista de la víctima y tutor del culpable era el testigo principal, cubrió de vergüenza a la joven Sociedad de Viena. El silencio subsecuente borró la memoria de Herminia. Ella vino a enseñarnos el precio que toma la transferencia cuando renuncia al acto analítico y deja en libertad las pasiones del amor o el odio en su vecindad con la pulsión de muerte.

Habremos de ver como esta deriva en la concepción del análisis de niños hacia un marco educativo o pedagógico, contaminará la perspectiva del psicoanálisis con niños.

### 3.6 Anna Freud y la observación del niño

Al igual que von Hug-Hellmuth, Anna Freud no era médico, y en aquella época la práctica del psicoanálisis con adultos estaba reservada a los médicos. Este fue uno de los motivos que la empujaron a la práctica del psicoanálisis con niños, que en aquel momento formaba una parte muy activa en el proceso de difusión del psicoanálisis.

Anna Freud se presentó candidata a la Sociedad Psicoanalítica de Viena en 1922 y como todo candidato tuvo que cumplir con el requisito de impartir una conferencia de admisión. Su trabajo se tituló: "Relación entre fantasías de flagelación y sueño diurno" (1995). Anna habló sin mencionarlo de su propio caso, ya que en ese momento su práctica analítica no había comenzado.

Al ampliarse el campo de investigación el análisis de niños quedó relegado en Viena a una sección específica formada únicamente por Hug-Hellmuth y Anna Freud (1985a).

El conjunto del trabajo de Anna Freud, en el psicoanálisis de niños, está organizado a partir del concepto de desarrollo. Concebido este como una sucesión cronológica de estadios madurativos, de crecimiento del yo. Poniendo en cuestión el concepto de neurosis infantil en favor de la noción de trastornos de las funciones vitales, siendo puesto el acento sobre el desarrollo de las funciones vitales del yo, cuyo objetivo último es la madurez.

Al tiempo que se da todo el valor a la concepción del desarrollo, se desplaza la importancia de la palabra del niño en favor de la "observación" del niño por el adulto. Se produce de este modo una salida del discurso analítico y de su clínica, perdiendo interés en esta concepción las grandes estructuras freudianas: La psicosis y la neurosis, histérica, obsesiva o la fobia, en favor de la valoración del momento de desarrollo.

Se reduce entonces el psicoanálisis a una teoría del desarrollo del yo, sustituyendo el sujeto, la *Spaltung* freudiana, por el desarrollo del niño. Se sustituye la evanescencia

del sujeto para dar consistencia, sustancia, al niño y su desarrollo. Un programa de adaptación del individuo al medio.

Como plantea Solano (1993), el límite del análisis de Anna Freud marca su posición en la transferencia con sus pacientes. Y la consecuencia es el rechazo del inconsciente y la sustitución del psicoanálisis por la psicología del yo, en que derivó del annafreudismo.

Las teorías de Anna encontraron una fuerte oposición en Londres. En 1927, la divergencia de la Escuela inglesa con Viena era profunda, ya que aquéllos consideraban que Anna oponía al análisis de niños, riguroso, una resistencia inconsciente.

Jones se negó a publicar sus conferencias en el *International Journal of Psychoanalysis*. Desacuerdo que expresó a Sigmund Freud, escribiéndole: "*Y no puedo dejar de pensar que [ciertos aspectos de la teoría de Anna] ha de deberse a ciertas resistencias mal analizadas*" (carta de Jones a Freud, del 16/5/1927) (Freud, & Jones, 2001, p. 697.).

La reacción de Freud no se hace esperar cuando le responde: "*¿Acaso hay alguien que esté suficientemente analizado? Puedo asegurarle que Anna ha sido analizada durante más tiempo y más en profundidad que por ejemplo, usted*" (carta de Freud a Jones, del 23/9/1927) (p. 703.).

Dentro de la Escuela vienesa Margaret Mahler será la encargada de dedicarse a las psicosis infantiles en la Escuela Vienesas.

### **3.7 La confusión entre desarrollo e historia**

Como ha señalado Marie-Hélène Brousse (1991), para los analistas de la segunda generación, el psicoanálisis de niños aparece como el futuro del psicoanálisis, en vida de Freud mismo y sin relación con los desarrollos de la segunda parte de su obra, es decir, con los desarrollos teóricos sobre la pulsión de muerte.

Desplegándose la expectativa según la cual sería en la infancia donde se descubrirían los fundamentos de la teoría analítica. Produciéndose la confusión de lo originario con el fundamento, la confusión de lo arcaico con lo verdadero.

Si bien ciertos textos freudianos subrayan la importancia para el avance del psicoanálisis de la investigación sobre el campo de la psicosis, como testimonian sus “Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido” (Freud, 1923/1999) escritos en 1923; Freud no deja de subrayar que no hay que esperar del psicoanálisis de niños más que una confirmación de las construcciones elaboradas en el análisis de adultos.

Esta posición freudiana no variará y tanto la asociación libre como el encuadre de referencia freudiano permanecerán para el psicoanálisis del niño. Así en su texto “Sobre la sexualidad femenina”, (1931/1993), Freud criticará al texto de Melanie Klein “Estadios tempranos del conflicto edípico” (1928/2006a), diciendo que el anticipo, que propone Klein, del complejo edípico al segundo año no es acorde con los resultados de los análisis de adultos. Pareciéndole entonces a Freud que la última palabra habría de venir del análisis de adultos.

#### 4. El abordaje freudiano de la psicosis

Desde muy pronto la paranoia interesó a Freud, quien desde el comienzo de su práctica atendió casos de psicóticos. Comprobamos este interés en diversas cartas de su correspondencia con Fliess, como en el manuscrito H, del 24 de enero de 1895 (Freud, 1892/1982). En el que plantea que la paranoia crónica, en su forma clásica, es una defensa patológica inconsciente, al igual que en la histeria, en la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria.

En esta carta propone que estas afecciones son un producto del mecanismo psíquico de la defensa frente a una representación inconciliable con el yo. Siendo el abordaje freudiano totalmente innovador en su momento, ya que Freud planteaba las ideas delirantes como consecuencia de trastornos afectivos que deben su fuerza a un proceso psicológico (Miller, 2009, p. 25.).

Esta es la tesis que desarrollará en sus dos textos de esta época: “Las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1894/1976), que en su apartado tercero hace referencia a un caso de psicosis alucinatoria, y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1896/1976), donde da cuenta de un caso de paranoia. Tal como lo plantea (Palomera, 2014), Freud aísla en estos dos textos dos mecanismos específicos de la psicosis: La *Verwerfung* o forclusión, en 1894 y la *Projektion* o proyección, en 1896.

En 1894 define el mecanismo de defensa, independientemente de la distinción entre neurosis y psicosis, como la defensa frente a un acontecimiento, representación o sensación, que despertó un afecto tan penoso, que la persona decidió olvidarlo. Cuando se trata de una neurosis, el yo se defiende separando la representación del afecto: mediante la conversión del afecto en la histeria, y por transposición del afecto en la obsesión. En los dos casos, aunque debilitada, la representación inconciliable permanece en la conciencia.

Freud propone para la confusión alucinatoria una defensa más enérgica y radical. El yo rechaza (*Verwirft*) la representación insoportable y también el afecto y se comporta como si ambos, representación y afecto, nunca hubieran llegado al yo.

*Vewerfung*, forclusión, es un término que proviene del derecho, y se refiere a la entrega de un documento o una demanda, que habiendo sido entregado a la instancia correspondiente, es retirado de la misma antes de que venza el plazo marcado para su entrega. Lacan propondrá este término de forclusión (Lacan, 1981 p. 361.) como traducción al término alemán que emplea Freud.

Freud utiliza términos diferentes en alemán para hablar del rechazo. Empleando para significar el rechazo en la neurosis: *Verdrängung*, represión, y *Vewerfung*, para el rechazo psicótico. Lacan (1966f, p. 874.) los utilizará como los mecanismos que fundan dichas estructuras: psicótica (*Vewerfung*), y neurótica (*Verdrängung*).

Si en la neurosis la representación inconciliable ha permanecido en la conciencia -perdurando la huella de la representación debilitada y el afecto destinado a la conversión o a la transposición-, en la psicosis el conflicto no ha dejado huella. La representación es rechazada con su afecto. En el momento en que esto queda conseguido el sujeto sucumbe a una psicosis.

Freud relata a Fliess, en su Manuscrito H (1892/1982), el ejemplo de un caso al que califica de paranoia crónica. Un segundo caso de paranoia aparece relatado en las “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896/1976).

Tal como Lacan lo señaló, en la primera lección de su Seminario III, del curso 1955-1956, dedicado a “Las psicosis”, Freud “*Se interesó de entrada y esencialmente en la paranoia*” (Lacan, 1981, p. 12.), yendo a contracorriente de su época, que esta sí, abordaba la cuestión de la psicosis masivamente desde el concepto de esquizofrenia (Laurent, 1992).



Desde 1907, Jung intentó, sin éxito, convencer a Freud, del diagnóstico bleuleriano de esquizofrenia, obteniendo siempre de este último como respuesta, que era una mala categoría clínica (Freud, & Jung, 2006). Freud conoció el movimiento de elaboración del concepto que le era contemporáneo, alentó los trabajos de la escuela de Zúrich, pero para él, la categoría clínica para la psicosis era la paranoia, como veremos en los casos que relató en sus primeras publicaciones.

El primero de ellos un caso que incluye en su correspondencia con Fliess.

#### **4.1 Un caso de paranoia en el Manuscrito H (1895) (Freud, 1892/1982)**

Se trata de una mujer de treinta años que vive con un hermano y una hermana mayor; pertenecen, dice Freud, a las capas superiores de la clase trabajadora, esforzándose el hermano por convertirse en un pequeño industrial.

Alquilan una habitación a un hombre que ha visto mucho mundo. Hábil, inteligente y un tanto misterioso, que vive con ellos durante un año y se convierte en el mejor de los amigos y camaradas.

Este hombre se va y vuelve a los seis meses. Se queda por poco tiempo y desaparece definitivamente. En ocasiones las hermanas lamentan su ausencia y le recuerdan con aprecio. Sin embargo, la hermana menor cuenta a la mayor como en una ocasión ella arreglaba la habitación de él, mientras este permanecía en la cama. Él le dijo que se acercara, y cuando ella acudió desprevenida él le puso el pene en la mano. No pasó nada más y este hombre partió poco tiempo después.

En el curso de los años siguientes, la hermana que vivió esta experiencia cayó enferma, desarrollando un inconfundible delirio de observación y de persecución, cuyo contenido era el siguiente: las vecinas la compadecen como una solterona “plantada”, que

sigue esperando a aquel hombre; las vecinas le hacen continuamente estas insinuaciones y continuamente le dicen toda clase de cosas sobre el hombre.

Naturalmente, para ella, todo esto era absolutamente falso. Este estado le afectaba solo durante algunas semanas, periódicamente se recuperaba de nuevo y lo explicaba todo a causa de la agitación. Aunque no tarda en caer en un nuevo brote de paranoia.

La hermana mayor notaba con asombro que la paciente cada vez que la conversación volvía sobre la escena de la seducción la enferma la desconocía.

Freud intentando frenar el empuje de la paranoia, se esfuerza por restaurar el recuerdo de aquella escena, sin resultados. Le hace narrarle todo lo relativo al huésped, en hipnosis, pero sus insistentes preguntas acerca de si no habría ocurrido algo embarazoso, tuvieron por respuesta la más decidida negativa y no volvió a verla.

Ella le hizo decir que no vendría más, pues todo eso la agitaba demasiado. ¡Defensa! Proclama Freud, no quería que se le recordara aquello, de modo que optó por reprimirlo. La defensa era inconfundible, pero Freud se pregunta ¿en qué radica la particularidad de la defensa paranoica, frente al síntoma histérico o la idea obsesiva?

La mujer se ahorra algo, reprimía algo. Probablemente se conmovió por lo que había visto y por el recuerdo de ese episodio. Por consiguiente, lo que evitaba era el autorreproche de ser “una mala mujer”, que era el mismo reproche que ahora llegaba a sus oídos desde afuera. Así, lo que en un principio había sido un reproche interno era ahora una acusación desde el exterior.

El juicio sobre sí misma quedaba traspuesto al exterior; la gente decía lo que de otro modo ella se habría dicho a sí misma, con lo cual obtenía cierto beneficio. Habría tenido que aceptar el juicio pronunciado internamente, pero podía rechazar el del exterior. De tal modo, el juicio, el reproche, quedaba apartado del yo.

Con el propósito de defenderse de una representación inconciliable con el yo se proyecta al exterior. Mecanismo muy común, que se da con frecuencia en la normalidad, mientras permanecemos consciente de nuestra alteración interior, solo al rechazarla hacia afuera, tal como lo sitúa el caso de Freud, aparece lo que él llama el abuso de proyección a los fines de defensa.

El segundo caso de esta época es, el incluido en el texto “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (Freud, 1896/1976), en el que aparece el análisis de un caso de paranoia crónica. Este caso fue el que interesó a los psiquiatras de la escuela de Zúrich a acercarse a los descubrimientos freudianos.

#### **4.2 Un caso de paranoia crónica en las “Nuevas puntualizaciones...” (Freud, 1896/1976)**

Se trataba del caso de una mujer de treinta y dos años, muy inteligente, cuya enfermedad había de diagnosticarse de paranoia crónica. Casada y madre de un niño de dos años, había padecido una depresión pasajera, a los veinte años, pero posteriormente gozó de una salud normal, hasta que seis meses después del nacimiento de su hijo aparecieron los primeros signos de su enfermedad.

Estos comenzaron cuando, mostrándose reservada y desconfiada, rehuyó el trato con sus cuñadas y comenzó a lamentarse de que los habitantes de su pequeña población habían variado de conducta hacia ella, mostrándose descorteses y negándole toda consideración. Se tenía contra ella algo que no podía adivinar. Todos, incluidos los parientes y los amigos, la desconsideraban, si bien no conseguía entender los motivos de este cambio.

Progresivamente empezó a quejarse de ser observada por los vecinos, quienes adivinaban sus pensamientos y sabían todo lo que pasaba en su casa. Hasta que repentinamente sintió que la espían por la noche, mientras se desnudaba. Lo que le llevó a

tomar una serie de complejas medidas preventivas, no desnudándose sino a oscuras y tras meterse en la cama.

Tras la irrupción del delirio de observación aparecen nuevos síntomas. Estando a solas con su doncella siente una sensación singular en los genitales y piensa que la doncella tiene en ese mismo momento un pensamiento indecoroso. Dicha sensación continuó durante el verano sintiendo en sus genitales el peso de una mano, y junto con estas sensaciones comenzó a tener alucinaciones de imágenes de mujeres desnudas, especialmente el genital de una mujer adulta, y en ocasiones también genitales masculinos.

Las alucinaciones surgían siempre que se hallaba con otra mujer, e interpretaba que las desnudeces que veía pertenecían a la otra mujer, quien a su vez, pensaba ella, la veía a ella también desnuda. Junto con estas alucinaciones visuales comenzó a oír, cuando iba por la calle, voces que le decían: Esa es. Ahí va. ¿Dónde va? Las voces comentaban todos sus actos y en ocasiones oía amenazas y reproches.

Cuando Freud la recibe no puede comprobar la existencia de delirios interpretadores de las alucinaciones, o bien porque la enferma se los ocultaba o porque no habían surgido todavía.

Freud supone que debe de haber pensamientos inconscientes y recuerdos reprimidos, siendo lo singular de la paranoia el hecho de que la enferma, oía interiormente, a modo de alucinación, los datos procedentes de su inconsciente. Y logra localizar que las primeras imágenes de desnudos femeninos habían surgido en el balneario tras haber visto a otras bañistas desnudas en la piscina general, lo cual le impresionó.

Como explicación de dicha impresión manifestó que había sentido vergüenza por aquellas mujeres mostrándose así, y que desde entonces se avergonzaba de desnudarse ante cualquier persona.

Freud deduce de acuerdo al mecanismo de la defensa, que la paciente debía de mantener reprimido el recuerdo de un suceso en el que no se había avergonzado, y la paciente en el análisis reprodujo una serie de escenas cronológicamente descendentes en el tiempo, desde los diecisiete a los ocho años, en las que se había avergonzado al desnudarse frente a su madre, su hermano o el médico. Por último, esta serie de recuerdos llega a los seis años, donde refiere una escena en la que se desnuda ante su hermano, sin haber sentido vergüenza ninguna. Esta escena se había repetido muchas veces: Durante años habían tenido ella y su hermano la costumbre de mostrarse mutuamente desnudos al ir a acostarse.

Freud descifra, entonces, su delirio de ser observada como una suplencia, un retorno, de la ausencia de vergüenza en estas escenas con su hermano. Se trataba de un fragmento inmodificado del antiguo recuerdo reprochable, y del que la sujeto sentía ahora la vergüenza que antes no había experimentado.

Este factor le permite descifrar la solución de ciertos detalles, muy frecuentes en el cuadro de la paranoia. El motivo que desencadenó la enfermedad, fue una discusión entre su marido y su hermano, el cual se vio obligado a no volver a su casa, echándole ella muchísimo de menos durante este tiempo.

Asimismo, ella hablaba del momento en que “se lo explicó todo”, es decir, llegó a la conclusión de que sus sospechas, de que todos la despreciaban y la herían intencionadamente, eran ciertas. Esta certeza, de la que inicialmente carecía, se le impuso al escuchar a su cuñada decir: “Si a mí me pasara algo semejante, no me preocuparía en modo alguno”.

Inicialmente estas palabras no supusieron nada para ella, pero un tiempo después adquirieron el carácter de certeza, explica a Freud, por el tono con que las pronunció la cuñada.

Freud – como hará Lacan en su célebre presentación de enfermos “Vengo del fiambbrero” (Lacan, 1981, p. 58.) – se interesa por esta certeza, ya que esta frase sin sentido se

dirige a ella, pidiéndole que recuerde la conversación que había precedido a la frase de su cuñada. Resultando que esta última se había referido a los disgustos que sus hermanos habían originado en la familia, añadiendo lo siguiente: “En toda familia pasan cosas que deben ocultarse. Pero si a mí me sucediera algo semejante, me tendría sin cuidado”. La sujeto hubo de confesarse entonces que la causa verdadera de sus ideas de persecución había sido la primera frase. “En toda familia pasan cosas que deben ocultarse”.

Todo esto me descubrió que las alucinaciones descritas no eran sino fragmentos del contenido de los sucesos infantiles reprimidos, ocultos, o sea, síntomas del retorno de lo reprimido.

Freud se interesa por estos fenómenos de lenguaje. Las frases de la cuñada, y también por las voces. Buscando la razón de por qué estas frases inocentes, indiferentes, carentes de sentido, como las de «Ahí va», «Está buscando casa», etc., habían llegado a recibir una intensificación alucinatoria. Apareciendo claro para Freud que tales voces no podían ser recuerdos alucinatoriamente reproducidos, como las imágenes y las sensaciones, sino más bien pensamientos que se habían hecho audibles.

En esta búsqueda Freud compara la paranoia con la neurosis obsesiva, mostrando como en ambos casos lo reprimido es un suceso sexual infantil, y el retorno del mismo un reproche.

En la neurosis obsesiva el reproche inicial ha sido reprimido por la formación del síntoma primario de la defensa, o sea, por la desconfianza en sí mismo. Y en la paranoia, el reproche es reprimido por un procedimiento de defensa al que da el nombre de proyección (*Projektion*), es decir, transfiriendo la desconfianza sobre otras personas.

Asimismo sitúa como otros síntomas del caso de paranoia descrito deben ser considerados como síntomas de retorno de lo reprimido, así sucede con la idea de ser espiada al desnudarse y con las alucinaciones visuales, táctiles y auditivas.

Afirma que el contenido mnémico casi inmodificado sólo adolece de imprecisión, apareciendo, en lugar de la imagen reprimida, una similar actual (en nuestro caso, el regazo de una mujer adulta en lugar del de una niña). En cambio, es absolutamente peculiar a la paranoia el retorno de los reproches reprimidos en forma de alucinación auditiva, para lo cual tienen tales reproches que pasar por una doble deformación.

Asimismo las ideas delirantes que la transacción lleva a la consciencia plantean a la labor mental del yo la tarea de hacerlas admisibles sin objeción alguna. Siendo por sí mismas inmodificables, el yo tiene que adaptarse a ellas, terminando de este modo por modificar al yo.

Estos dos casos dan cuenta de los dos mecanismos específicos de la psicosis, aislados por Freud: La *Verwerfung* o forclusión, en 1894 y la *Projektion* o proyección, en 1896, con los cuales se defienden de la representación insoportable.

En este proceso el sujeto hace como si el encuentro desestabilizador del incidente sexual no hubiera ocurrido, ni los subsiguientes sentimientos de culpa o los reproches, proyectando sobre el otro estos afectos y estas huellas. Como recuerda Palomera (Palomera, 2014), el psicótico es víctima de un rechazo de la creencia (*Versagung des Glaubens*), un rechazo a creer en sus autorreproches, que finalmente retornan de manera delirante o alucinada sobre el sujeto.

### **4.3 El caso Schreber (Freud, 1911/1980)**

Las “Memorias de un neurópata: legado de un enfermo de los nervios”, (1978) de Daniel Paul Schreber, se publicaron en 1903 y atrajeron rápidamente la atención de los círculos psiquiátricos, como el mismo Freud menciona en su comentario de las memorias (Freud, 1911/1980, p.11). Ida Malcalpine y Richard Hunter (1953) afirman que es el paciente

más citado en psiquiatría. Jung (1907/1987) lo cita en su “Psicología de la demencia precoz” de 1907.

Sin embargo no suscitaron el interés de Freud hasta el verano de 1910. Tal como comenta Strachey (1980), se sabe que habló de estas memorias y de la paranoia en general, durante su viaje a Sicilia con Ferenczi, en septiembre ese mismo año, comenzando a escribir su trabajo sobre Schreber a su vuelta a Viena, concluyéndolo el mes de diciembre. El trabajo “Observaciones sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) autobiográficamente descrito” se publicará en 1911.

Si como hemos visto Freud abordó el problema de la psicosis muy tempranamente, en los manuscritos H y K, y en los textos sobre las neuropsicosis de defensa. Desde estos textos hasta el comentario del escrito del presidente Schreber transcurren más de diez años, en los cuales Freud apenas hace mención a la paranoia en sus trabajos.

El artículo, de 1911, permanece como el texto prínceps, y la referencia mayor, de Freud en su aproximación teórica y clínica a la psicosis. Es de subrayar que no es un caso que Freud atendió, sino el testimonio escrito de “Un neurópata, de un enfermo de los nervios” (1978), como el propio Daniel Paul Schreber se denominó.

#### **4.4 El presidente Schreber. El espiritual paranoico**

Daniel Paul Schreber nace en Leipzig en 1842, finaliza sus estudios de derecho en 1863, entrando en la magistratura en 1865. Desarrolla su carrera en el reino de Sajonia. Tras varios destinos obtiene el doctorado en jurisprudencia en 1869 y en enero de 1870 el diploma de estado, ejerciendo como juez de instrucción en el tribunal militar de Estrasburgo, la Alsacia ocupada, durante y después de la guerra franco-prusiana (Guilañá, 2001).



En 1872 se traslada a Leipzig, ejerce en la audiencia territorial de la ciudad y accede al cargo de juez consejero en 1877. A los treinta y cinco años, el 5 de febrero de 1878, se casa con Ottilie Sabine, quince años más joven que él.

En 1884, a los 42 años, siendo presidente del tribunal de primera instancia de Chemnitz, se presenta como candidato del Partido Nacional Liberal, al Reichstag, a la cámara de Diputados, perdiendo las elecciones, tras lo cual debe ser hospitalizado en la clínica universitaria de Leipzig, que dirige el Dr. Paul Emile Flechsig. Flechsig lo diagnostica de hipocondría grave, situándolo Freud, en apariencia, dentro de los límites de la neurosis (Freud, 1911/1980, p. 39.).

Schreber se reestablece rápidamente y es dado de alta el 1 de junio de 1885. Lo que produce su agradecimiento y el de su esposa. *“Un agradecimiento más ferviente todavía sintió mi mujer [...] a quien le había devuelto su marido, y por esa razón tuvo durante años su retrato sobre su mesa de trabajo”*. (Freud, 1911/1980, p. 40.).

Transcurren, lo que Schreber califica como, ocho años de felicidad, entre este primer ingreso y un segundo, solo oscurecidos *“por la frustración de la esperanza que teníamos de ver bendecida nuestra unión con el nacimiento de un hijo”*. (Schreber, 1978, p. 53.)

En junio de 1893, a la edad de 51 años, recibe la noticia de su nombramiento como Presidente del Superior Tribunal de Dresde. En el intervalo entre la notificación del nombramiento y la asunción del cargo tiene varios sueños, entre ellos que volvía a enfermar, y otro sueño, en un estado entre el dormir y el despertar, en el que tiene la representación de que *“sería muy bello el hecho de ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre”* (Schreber, 1978, p. 53.).

*“Esta idea era tan ajena a toda mi naturaleza que si me hubiera asaltado estando yo en mi plena conciencia, la hubiera rechazado con indignación; puedo asegurarlo; después de todo lo que he vivido desde entonces, no puedo descartar la posibilidad de*

*que haya mediado alguna influencia exterior para imponerme tal representación”*  
(Schreber, 1978, p. 53.).

Esta idea, que marca el inicio de la segunda enfermedad, es sentida por Schreber, como una intrusión colosal, una idea ajena a su naturaleza. Es también una intrusión libidinal que lo supera, por lo que buscará encontrar la manera de dar sentido a este elemento inasimilable (Palomera, 2014, p. 121.).

La construcción delirante se expandirá como una defensa frente a esta representación inconciliable con el yo, manteniéndose hasta su definitiva transformación en la mujer de Dios.

En esta situación toma posesión del cargo, pero Schreber es el más joven de entre sus colegas, los magistrados a los cuales preside. Y comienza entonces a sufrir agotamiento mental e insomnio. Este último debido a diversos ruidos (fenómenos elementales) que no le dejaban dormir y de los que más adelante, ya delirando, dirá que eran provocados por el poder milagroso para impedirle dormir (Schreber, 1978, p. 55.).

Consultan de nuevo entonces con el Dr. Flechsig, quien le produce, con su elocuencia, una profunda impresión. Tras esta entrevista va a casa de la madre, donde su estado empeora, tiene sensaciones de frío y temblores, e intenta suicidarse, por lo que es ingresado en el hospital.

Es su segundo ingreso en la clínica universitaria de Leipzig. Y en los inicios de este ingreso coincidiendo con la ausencia de cuatro días de su esposa, se produce una noche su derrumbe espiritual, comenzando a partir de esa noche las primeras manifestaciones de choques con lo que él llama fuerzas sobrenaturales, la conexión de nervios con Flechsig, las voces interiores y el proceso de eviración (*Entmannung*) o de transformación en mujer.

En este momento Flechsig será incluido en el delirio como perseguidor. “*Él hablaba por medio de mis nervios sin estar presente personalmente*” (Schreber, 1978, p. 60.), sintiendo que sus intenciones hacia él no eran puras.

Schreber parece, en este momento de debacle subjetiva, perder todo vínculo con los demás e iniciar un momento de exaltación por los asuntos sobrenaturales que le invaden desde el exterior. Son representaciones sublimes sobre Dios y el orden del universo, que le asaltan, al mismo tiempo que tiene la percepción abismal de que el mundo ha desaparecido. Es un estado de estupor alucinatorio, del que Lacan dirá es: “*el período más oscuro de la psicosis*” (Lacan, 1981, p. 122.).

Freud (1911/1980) precisará la razón del lugar del Dr. Flechsig, como perseguidor, en el delirio de persecución, mediante una fórmula simple: La persona a quien el delirio atribuye un poder y un influjo tan grandes y hacia el cual convergen todos los hilos del complot, es la misma que antes de enfermar poseía una importancia similar para el paciente.

*“Sostenemos que la intencionalidad del sentimiento es proyectada como un poder exterior, el tono del sentimiento es trastocado en lo contrario, y que la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que alguna vez fue amado y venerado. La persecución estatuida en el delirio –afirmamos- sirve sobre todo para justificar la mudanza de sentimiento en el interior del enfermo”* (Freud, 1911/1980, p. 39.).

Freud considerará desde esta perspectiva los vínculos preexistentes entre Schreber y su médico y perseguidor Flechsig. Lo que inicialmente eran lazos de agradecimiento al médico por su primera curación, se transforman ahora en lo contrario, es decir, es Flechsig quien le persigue.

Asimismo Freud relaciona la irrupción de la fantasía “*que bello sería ser una mujer en el momento del acoplamiento*” con la transferencia, mencionada, que Schreber tenía hacia Flechsig, proponiendo que:

*“Un avance de libido homosexual fue entonces el ocasionamiento de esta afección; es probable que desde el comienzo mismo su objeto fuera Flechsig y que la revuelta contra esta moción libidinosa produjese el conflicto del cual se engendraron los efectos patológicos”.* (Freud, 1911/1980, p. 41.)

Todo el despliegue del delirio, hasta la realización de Schreber en mujer, es el desarrollo de esta idea inicial inasimilable, que surge al inicio de la enfermedad, y que produce el delirio de persecución como un modo de defensa.

#### **4.5 El despliegue delirante**

Este tema empezó a ocupar un lugar central en el sistema delirante. Podría redimir el mundo, que había desaparecido -y tan solo estaba poblado por hombres hechos a la ligera-, pero luego de ser mudado de hombre a mujer. No se trataba de algo que él quisiera, sino de un imperativo absoluto para sostener el orden del universo al que no podía negarse. El milagro que comienza a operarse en su cuerpo es corroborado por las voces que le hablan. Son los rayos divinos los que transforman su cuerpo. Pero lo hacen exigiendo la voluptuosidad de Schreber. Explica que su feminidad pasó a primer plano y que la emasculación podía llevar a la solución del conflicto.

En la expansión del delirio de persecución sustituye al Dr. Flesich por Dios. Esto prepara un segundo cambio, que lleva a la solución de conflicto: de negarse a ser una mujerzuela frente al médico pasa a la aceptación de jugar el papel de mujer de Dios.

La tentativa de reconciliación (*Versöhnung*) con la idea inconciliable, es un punto de inflexión de la enfermedad, que conlleva una reducción de aquello que opera como

persecutorio. Schreber se vuelve la mujer de Dios, es la prometida de Dios, unión que se pospone asintóticamente al futuro. Y de esa unión surgiría una nueva raza de hombres.

Este cambio Freud lo sitúa como un desplazamiento del delirio de persecución al delirio de megalomanía. Megalomanía, ya que de convertirse en mujer lo más grande sería ser la mujer de Dios.

#### **4.6 El sepultamiento del mundo y reconstrucción**

Freud (1911/1980) recurrió a la autobiografía de Schreber (1978) para dar cuenta de dos funciones de la estructura del delirio. La primera, el delirio, como defensa frente a la homosexualidad, y la segunda, como un intento de restitución.

Estas dos funciones, son también tiempos lógicos, y Freud los evidencia en el caso Schreber: el primero, la defensa, el sepultamiento del mundo.

El sepultamiento del mundo es el resultado de la proyección de la catástrofe interior. Su mundo subjetivo se ha sepultado, es el abismo en el que cae Schreber, al retirar la investidura libidinal del mundo, que le resulta indiferente, al que él le ha retirado su amor.

Y el segundo momento o función, es la reconstrucción, cuando el sujeto edifica con el delirio un mundo habitable.

*“Y el paranoico lo reconstruye [un mundo habitable]. Lo edifica de nuevo mediante el trabajo de su delirio”* (Freud, 1911/1980. p. 65.).

Lo que nosotros consideramos la producción patológica, es, en realidad, el intento de restablecimiento, de reconstrucción del mundo de manera que el paranoico pueda vivir dentro de él.

¿Cómo logra el paranoico reconstruir el mundo, restablecer el lazo con los objetos de los que retiró su libido? El proceso de restablecimiento, que deshace la represión y reconduce

la libido a las personas por ella abandonadas, en la paranoia se cumple por la proyección (*Projektion*), que en este momento Freud define así:

*“No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia afuera; más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde afuera”* (Freud, 1911/1980, p. 66.). Bajo el modo de persecución, voces y delirio. Fórmula freudiana que Lacan retomará para explicar el fenómeno psicótico y su mecanismo, como *“Algo que fue rechazado del interior reaparece en el exterior”* (Lacan, 1981, p. 94.).

En *“La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis”* (Freud, 1925/1984) retomará la cuestión de estos dos pasos, observados en la psicosis, para indicar que, compensando la pérdida de realidad, el segundo apunta a la reparación, pero no a partir de una limitación del ello, como en la neurosis, sino por la creación de una nueva realidad, aun cuando en la neurosis también se procuraría sustituir la realidad indeseada por medio de la fantasía.

Sin embargo, el desasimiento libidinal no es ni lo característico, ni lo patógeno de la paranoia, ya que se puede producir en todas las psiconeurosis. Pero lo que sí es característico, es que la libido sustraída del objeto tiene un empleo particular. Si en la neurosis la libido liberada vuelve sobre las fantasías, en la paranoia esta vuelve sobre el yo, magnificándolo. De lo que deduce:

*“que los paranoicos conllevan una fijación en el narcisismo, y declaramos que el retroceso desde la homosexualidad sublimada hasta el narcisismo indica el monto de la regresión característica de la paranoia”* (Freud, 1911/1980. p. 67.).

#### **4.7 Los “rayos de Dios” de Schreber**

Freud concluye su trabajo señalando como los “rayos de Dios”, de Schreber, compuestos de rayos solares, haces nerviosos y espermatozoides, no son sino las investiduras

libidinales figuradas como cosas y proyectadas hacia fuera que prestan al delirio de Schreber una llamativa coincidencia con su teoría de la libido.

Que el mundo deba hundirse porque el yo del enfermo atraiga hacia sí todos los rayos; para luego en el proceso de reconstrucción, él deba de cuidar angustiosamente que Dios no suelte la conexión de rayos con él, estos detalles de la formación delirante de Schreber “*suenan casi como percepciones endopsíquicas de los procesos que yo he propuesto para fundar una elucidación de la paranoia*” (Freud, 1911/1980. p. 72.).

Habremos de señalar como estos rayos de Dios, estos nervios que estaban en el origen de toda creación. Cuando Dios quiere crear a un hombre se desprende de algunos de estos nervios divinos que se transforman en un hombre. Estos nervios infinitos y eternos, hablan una lengua, la “lengua fundamental” (*Grundsprache*), que se expresa en estribillos, ritornelos, palabras enigmáticas. Estos hilos divinos, si bien tienen un poder de atracción, de fuerza, de generar voluptuosidad; son principalmente palabras, son un asunto de lenguaje. Tal y como lo señalará Lacan: el Dios de Schreber es esencialmente lenguaje (Lacan, 1981, p. 115.).

Esta afirmación que más adelante nos permitirá aproximarnos a la propuesta lacaniana del inconsciente estructurado como un lenguaje.

#### **4.8 Una década**

En el plazo de una década desde la publicación de “La interpretación de los sueños”, Freud (1900a/1996a) (1900b/1996b) aplica su descubrimiento del inconsciente a los mecanismos de formación del síntoma y al campo de las psicosis, generando en esta primera década de existencia del psicoanálisis y del siglo XX, un corpus teórico sobre las psicosis, que no dejará de infiltrar, como en el caso de Bleuler (1911/1993) en la clínica psiquiátrica occidental.

Es la eclosión de una teoría inédita que coloca a la subjetividad, a la idea de los conflictos psíquicos, en el lugar central del origen de las afecciones humanas, frente a las consideraciones de sus contemporáneos, quienes mayoritariamente las pensaban basadas en un sustrato constitucional.

La irrupción del psicoanálisis reformulará un inmenso campo de manifestaciones patológicas, desde las manifestaciones de un tipo de comportamiento -se hablaba del niño ladrón como manifestando el comportamiento de una constitución perversa- que se podrá pensar, como teniendo un valor simbólico expresivo; junto con la mentira, la fuga, la enuresis, la anorexia, el tartamudeo...etc., que la medicina del siglo XIX describía como perturbaciones somáticas funcionales de un órgano o de una función, sobre la base de un disfuncionamiento del sistema nervioso local, y que a partir del psicoanálisis podrán ser entendidas a partir de esta nueva concepción.

Sin duda, todo este proceso supondrá, también, un esfuerzo de integración del psicoanálisis a la psicopatología general, con sus partidarios y sus opositores, con la carga ideológica de concepción psicogenética en que está derivará.

El retorno mismo de este éxito del psicoanálisis se hará sentir sobre él. Como hemos visto, en el caso del, annafreudismo (1985a), de la Escuela de la psicología del yo, que producirá una concepción genetista y desarrollista, saliéndose del discurso psicoanalítico.



## 5. El debate sobre la psicosis en el niño

### 5.1 El primer psicoanálisis de un niño psicótico. Melanie Klein

Freud en su obra póstuma “Esquema del psicoanálisis” (1940a/1986a), había lanzado una advertencia desanimando al tratamiento psicoanalítico de psicóticos:

*“Discernimos, pues, que se nos impone la renuncia a ensayar nuestro plan curativo en el caso del psicótico. Y esta renuncia puede ser definitiva o sólo temporaria, hasta que hallemos otro plan más idóneo para él”* (Freud, 1940a/1986a. p. 174.).

La prevención freudiana respondía a la modalidad de la transferencia del psicótico, que se efectúa de manera persecutoria o erotómana. Lo cual no fue obstáculo para que una generación de psicoanalistas: Karl Landauer (1914), Herman Nunberg (1920), Paul Federn (1977) y otros, no retrocedieran frente a la psicosis, en vida de Freud, y tomaran sujetos psicóticos en análisis, tal como demuestra Vicente Palomera (Palomera, 2014.).

Igualmente en el campo del psicoanálisis con niños, Melanie Klein (1928/2006a), mostró su “genio” en la exploración de los fantasmas infantiles y produjo una original formulación del psicoanálisis con niños, con una elaboración propia sobre la técnica analítica del juego.

Si, como vimos, fue Herminia von Hugh-Helmuth (1921/1975) quien introdujo el juego en el dispositivo analítico con niños. Este adquirió su madurez y su estatus técnico con la teorización de Klein (1928/2006a). La equivalencia, que realizó del juego, con la regla de la asociación libre, así como sus concepciones teóricas, fueron objeto de fuertes controversias y debates con Anna Freud (1985a) y su escuela.

Innovadora del psicoanálisis, tomó la función materna como nuclear de la constitución de la vida psíquica del sujeto y retomó la concepción de la pulsión de muerte, que en vida misma de Freud fue arrinconada por los psicoanalistas. Fue la primera

psicoanalista no inglesa que se convirtió en miembro de la Sociedad Británica de Psicoanálisis.

Entre sus méritos se cuenta el de haber llevado a cabo el primer psicoanálisis de un niño psicótico (Laurent, 1981). Es el conocido como caso Dick.

## **5.2 El caso Dick**

Melanie Klein publicó su artículo “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo” (1930a/2006a), en 1930, en el cual da cuenta de este caso.

Se trata de un niño de cuatro años que, por la pobreza de su vocabulario y desarrollo intelectual, estaba en el nivel de un niño de quince o dieciocho meses. Faltaban casi completamente la adaptación a la realidad y las relaciones emocionales con su ambiente. Dick carecía de afecto y era indiferente a la presencia o ausencia de la madre o la niñera. Rara vez manifestaba angustia, incluso en un grado mínimo. No tenía casi intereses, no jugaba y no tenía contacto con su medio (Klein, 1930a/2006a, p. 238.).

Su torpeza física era muy notable, no era capaz de coger cuchillos ni tijeras, si bien si cogía la cuchara con la que comía. Cuando se lastimaba, demostraba gran insensibilidad al dolor y no experimentaba el deseo de ser consolado o mimado.

Dick corría de un lado a otro del despacho sin ningún propósito, también alrededor de M. Klein como si ella fuera un mueble más. Sin mostrar ningún interés hacia los objetos del cuarto. La expresión de sus ojos y su rostro era fija, ausente y falta de interés.

En su primer encuentro la impresión de Klein es que estas formas de conducta eran muy diferentes de las del niño neurótico. Lo distingue a causa de su indiferencia y de su ausencia de afecto o angustia.

Asimismo disponía de un vocabulario muy limitado y cuando hablaba lo hacía de manera incorrecta. Generalmente, articulaba sonidos inteligibles y repetía constantemente

ciertos ruidos. En ocasiones, repetía correctamente las palabras, pero lo seguía haciendo de forma incesante hasta resultar agotador (Klein, 1930a/2006a, p. 239.).

Como subraya Lacan en el comentario que hace de este caso en su seminario:

*“Este niño no desea hacerse comprender, no busca comunicarse; sus únicas actividades más o menos lúdicas son emitir sonidos y complacerse con estos sonidos sin significación, con estos ruidos”* (Lacan, 1975b, p. 95.).

Esta afirmación es un anticipo, en 1953, de lo que en los años setenta Lacan llamará *lalengua* (Lacan, 1975c.). *Lalengua* no busca comunicarse, mientras que el lenguaje sí. *Lalengua* tiene como ejemplo mayor los balbuceos de los bebés, sonidos hechos para la pura satisfacción, que no se dirigen a nadie, son sin destinatario.

Para Klein (1930a/2006a) la dificultad no era que Dick no se expresase verbalmente. Lo más significativo en Dick era que no dirigía ningún llamado y el análisis tenía en este punto una dificultad fundamental. Lo cual no arredrará a M. Klein quien se dirigirá a este niño y le hablará.

La primera vez que acudió a la consulta, Dick, no manifestó ninguna clase de afecto cuando su niñera se fue y le dejó con ella. Klein le enseña los juguetes, pero él no muestra el más mínimo interés. Entonces ella toma un tren grande lo coloca junto a uno más pequeño, y llama al grande "Tren papito" y al pequeño "Tren Dick". Entonces él toma el tren que ella había llamado Dick, haciéndolo rodar hasta la ventana y dice: "Estación".

Es decir, este es un instante crucial en el que este niño, tan indiferente, consiente en hablar, momento en el que Melanie Klein le interpreta: *"La estación es mamita; Dick está entrando en mamita"*. (Klein, 1930a/2006a, p. 242.).

Lacan considera esta interpretación una brutalidad, dice:

*“¡Hay que ver con que brutalidad Melanie Klein le enchufa al pequeño Dick el simbolismo! [...] Le suelta una verbalización brutal del mito edípico, casi tan escandalosa para nosotros como para cualquier lector”* (Lacan, 1975b, p. 81.).

Y sin embargo, algo sucede. Dick se va corriendo hacia el espacio que formaban las puertas, exterior e interior, del cuarto, y se encierra en este hueco diciendo “oscuro”, para volver a salir corriendo.

Lacan, considera a esta dimensión de lo oscuro, lo vacío, lo negro como lo propiamente humano en la estructura del sujeto.

*“Lo que es humano, en la estructura propia del sujeto, es esa hiancia (beance). El sujeto no tiene contacto sino con esa hiancia”* (Lacan, 1975b, p. 83.).

M. Klein piensa este hueco oscuro a partir de su teorización del cuerpo de la madre, como un gran continente que incluiría múltiples objetos, de ahí que interprete al niño: *“Dentro de mamita está oscuro. Dick está dentro de mamita oscura”*. (Klein, 1930a/2006a, p. 242.).

A lo que él responde “¿Niñera?”. Klein le tranquiliza diciendo: “Niñera viene pronto”, lo cual él repite, utilizando las palabras correctamente. En la sesión siguiente, Dick se escapó corriendo de la habitación hacia el oscuro vestíbulo. Colocó allí el tren “Dick” e insistió en dejarlo allí, para pasar a preguntar repetidamente: “¿Viene niñera?”. (Klein, 1930a/2006a, p. 242.).

Se verifica que Dick disponía del lenguaje, pero no de la palabra. Palabra y lenguaje no son lo mismo. Emergiendo aquí un llamado verbalizado, en el que reclama a la niñera, ante cuya partida, inicialmente, había sido totalmente indiferente. Y al hacer este llamado realiza una comunicación.

En su tercera sesión se comportó de la misma manera, sólo que además de correr al vestíbulo y entre las puertas, se escondió también detrás de la cómoda. Entonces se angustió y llamó por primera vez a M. Klein.

Es a partir de que se esconde que puede hacer este llamado a la analista. No es ya sólo que él se sitúe en el hueco, sino que se esconde, propone su ausencia, y desde ahí llama. Lo propio de lo simbólico, de la palabra, es hacer presente lo ausente.

Este esfuerzo por simbolizar lo ausente tiene relación con el llamado, ya que es, a partir de que Klein “*le ha enchapado la simbolización del mito edípico*” (Lacan, 1975b, p. 100.) y que se refugia en el espacio oscuro, que puede solicitar a la niñera, simbolizar una ausencia.

Lo que vendrá después en el tratamiento tras los efectos de las simbolizaciones introducidas por la terapeuta, es que Dick realizará, a partir de este hueco, – un hueco es la condición para que los objetos circulen-, una serie de equivalencias de objetos, que van sustituyéndose los objetos unos a otros. Vemos como primero dejó el tren, luego dejará pedacitos de carbón, hará en el vestíbulo oscuro una marca, que antes había hecho en un juguete...etc. Genera a partir de este vacío oscuro, un lugar desde el que va a hacer circular los objetos que antes le eran indiferentes y desde el que efectuar estos llamados iniciales. Accediendo progresivamente a objetos cada vez más elaborados.

### **5.3 El diagnóstico de Dick**

Klein (1930a/2006a) se interrogará por el diagnóstico de su paciente, refiriendo como el psiquiatra que lo atendió previamente lo había diagnosticado de demencia precoz, derivándole el caso a ella porque pensó que valía la pena intentar el análisis.

El diagnóstico es corroborado al coincidir el cuadro clínico, en muchos aspectos importantes, con el de la demencia precoz avanzada de los adultos. Se trataba de un caso

caracterizado por una ausencia casi total de afectividad y de angustia, gran alejamiento de la realidad y falta de accesibilidad, así como de sintonía emocional, conducta negativista alternando con indicios de obediencia automática, indiferencia ante el dolor, perseveración. Síntomas todos ellos característicos de la demencia precoz. Confirmándose el diagnóstico, en primer término, por el hecho de que pudo excluirse con seguridad la presencia de cualquier enfermedad orgánica, ya que así lo reveló el examen efectuado por el doctor Forsyth, y, en segundo lugar, porque el caso demostró ser tratable psicológicamente. (Klein, 1930a/2006a, p. 246.).

Concluyendo, ya que hace una equivalencia entre demencia precoz y esquizofrenia, que se justifica el diagnóstico de esquizofrenia de Dick.

Klein se plantea que la demencia precoz es muy poco frecuente en la primera infancia, por lo que muchos psiquiatras sostienen que no existe en este periodo, sin embargo opina, que la esquizofrenia infantil es mucho más común de lo que generalmente se admite, dando las siguientes razones en favor de su tesis (Klein, 1930a/2006a, p. 247.):

1. Los padres de las clases más pobres solo consultan cuando el caso es desesperado y no pueden ya hacer nada con el niño. Razón por la que un gran número de casos jamás consultan.
2. En los pacientes que el médico alcanza a ver, suele ser imposible, en un examen rápido establecer la presencia de esquizofrenia, siendo muchos casos clasificados bajo diversas denominaciones, tales como "detención del desarrollo", "deficiencia mental", "predisposición psicopática", "tendencias asociales", etc.
3. La esquizofrenia en los niños es menos evidente que en los adultos ya que muchos rasgos típicos de esta enfermedad son menos llamativos en un niño porque en menor grado son naturales en el desarrollo de niños normales. Síntomas como el alejamiento de la realidad, falta de sintonía emocional, incapacidad para

concentrarse en cualquier ocupación, conducta tonta y charla sin sentido, no nos llaman tanto la atención en un niño, a quien no juzgamos con el mismo criterio con que juzgaríamos a un adulto. Excesiva movilidad o movimientos estereotipados en los niños son sumamente comunes y solamente difieren en grado de la hipercinesia y estereotipia de los esquizofrénicos. La obediencia automática tiene que ser realmente muy llamativa para que los padres la consideren como otra cosa que "docilidad". La conducta negativa es considerada a menudo como "traviesa" y la disociación es en el niño un fenómeno que la mayoría de las veces escapa a toda observación. La angustia fóbica de los niños contiene a menudo ideas de persecución de carácter paranoide y los temores hipocondríacos son hechos que requieren una observación muy profunda y que a menudo sólo pueden llegar a descubrirse mediante el análisis. (Klein, 1930a/2006a, p. 247.).

4. Siendo más frecuentes que la propia enfermedad, en los niños, los rasgos psicóticos, que en circunstancias desfavorables pueden desencadenar enfermedades posteriores.

Klein considera que la esquizofrenia y, en particular, la presencia de rasgos esquizofrénicos en los niños, es un fenómeno muchísimo más frecuente de lo que en general se supone. (Klein, 1930a/2006a, p. 248.).

El mismo año que publica el artículo que incluye el caso Dick, en 1930, dedica otro al tratamiento de las psicosis en el niño, "La psicoterapia de las psicosis" (Klein, 1930b/2006b), donde volverá sobre los mismos argumentos, para insistir en que determinados fenómenos de carácter psicótico, en niños esquizofrénicos, son difíciles de localizar

*"Podría dar un ejemplo de un caso en que acciones estereotipadas se basan enteramente en una base de angustia psicótica, pero que de ningún modo hubieran hecho surgir tales sospechas".* (Klein, 1930b/2006b, p. 251.).

Relatando el caso de un niño de seis años que jugaba durante horas a ser policía, repitiendo actitudes una y otra vez, permaneciendo inmóvil en alguna de ellas durante largo tiempo. Lo cual eran signos de catatonía y estereotipias que el análisis reveló como abrumadores miedos psicóticos.

Para Klein la significación de muchas de estos signos “*solo pueden ser revelados mediante el análisis*” (Klein, 1930b/2006b, p. 251.). Hoy diríamos –de manera anacrónica- en una clínica bajo transferencia (Miller, 1984a).

Planteando que el concepto de esquizofrenia en particular y de psicosis en la infancia, deberá ser ampliado, y que una de las tareas fundamentales del psicoanálisis de niños será la de descubrir y curar las psicosis infantiles. (Klein, 1930a/2006a, p. 248.).

#### **5.4 Desplazamientos nosológicos**

La locura en la infancia fue motivo de controversia desde los orígenes de la psicopatología del niño. Como ya vimos, para Esquirol (2000), se daba una división entre la locura, del adulto y la idiocia, que no era considerada una alienación, sino una afección congénita o adquirida tempranamente en la infancia, no creyendo los autores de aquel periodo en la existencia de la locura en el niño, siendo el padecimiento del niño, esencialmente la idiotez.

Con la transmisión del modelo kraepeliniano (2008), de la demencia precoz, a la infancia, por Sancte de Santis (1909), quien describe una nueva entidad nosológica la *demencia precocísima*, la idea de la locura del niño se impone como una posibilidad y comienza a ser un motivo de debate.

Pronto durante un tiempo la esquizofrenia infantil y la demencia precocísima se solaparon como entidades clínicas, para finalmente triunfar la esquizofrenia que sustituirá y hará desaparecer a la demencia precoz, también en la infancia.



Sin embargo la aceptación inicial, de ambas categorías, no fue fácil en el campo de la psiquiatría infantil.

Algunas posiciones, pioneras, como la de la siempre decidida, Melanie Klein, en el debate sobre la psicosis en el niño serán muy claras. Klein planteará que el concepto de esquizofrenia en particular y de psicosis en la infancia, deberá ser ampliado, y que una de las tareas fundamentales del psicoanálisis de niños será la de descubrir y curar las psicosis infantiles. (Klein, 1930a/2006a, p. 248.).

Sin embargo el debate sobre la psicosis en el niño se extendió durante dos décadas para llegar a un punto de solución, como todos, imperfecto.

Vemos el joven Lacan (Claude, Heuyer, & Lacan, 1933), psiquiatra, junto con Henry Claude y George Heuyer, presentar un caso como una aportación a, lo que denominan, la controvertida cuestión de la demencia precocísima, si bien han transcurrido ya casi treinta años desde la descripción de esta entidad nosológica por Sancte de Santis (1909).

### **5.5 Un caso de demencia precocísima del joven Lacan psiquiatra**

Lacan siendo un joven psiquiatra, en la época de su tesis doctoral, presentará el 11 de mayo de 1933, junto con Henry Claude y George Heuyer -quien ocupará por vez primera la primera cátedra de psiquiatría infantil de Francia-, “Un Caso de Demencia Precocísima” (Claude, Heuyer & Lacan, 1933), en la Sociedad Médico Psicológica.

En el que los autores *“aportamos a la cuestión controvertida de la demencia precocísima la contribución de un caso en el que la evolución y la presentación actuales son absolutamente típicas de la demencia precoz, que ha debutado con ocho años y medio y evolucionado durante dos años”* (Claude, Heuyer & Lacan, 1933, p. 620.).

Se trata de la descripción muy pormenorizada de los signos que muestra Jaques, un niño de diez años y medio, quien se presenta en un estado demencial, recogida en el primer examen psiquiátrico que le fue realizado y posteriormente durante su ingreso en el hospital. Es un ejemplo, de la atención psiquiátrica hospitalaria al niño de la época. Una clínica de la mirada pendiente de recoger exhaustivamente los signos patológicos del caso.

### **5.6 Examen en la presentación**

Indiferente al entorno, se sienta si se le ordena, poniendo poco a poco la cabeza entre las rodillas, manteniendo durante toda la presentación los codos pegados al cuerpo. Al solicitárselo deja esa actitud y se va por la puerta con la misma indiferencia.

Su mutismo es completo, tiene una sonrisa extraña, inexpresiva, fija, que alterna con una mímica ansiosa y discordante, sobre un rostro de una gran belleza de rasgos.

Sus movimientos espontáneos son dubitativos, temerosos, inhibidos, así como rápidamente esbozados. Toma los objetos como al azar, a veces los olfatea, sin parecer reconocerlos. En la marcha se interrumpe, equivocando su camino. Balancea constantemente los miembros superiores.

Transcurrido un mes surgen algunos signos catatónicos, persistiendo la ecomimia después de seis meses, la cual es muy fácil de obtener. Ligeramente estrabismo congénito. Incontinencia de orina y materias. (Claude, Heuyer & Lacan, 1933, p. 620).

### **5.7 Historia de la enfermedad. Anamnesis**

Los autores realizan una historia médica de la enfermedad, a partir de la anamnesis realizada a la madre. Nacido a término con 4 kilos, 500, inició la marcha a los 17 meses y emitió sus primeras palabras hacia los 18 meses. Pequeñas frases propias de los dos años hacia los dos años y medio o tres. Un hermano sano de seis años. Madre bizarra.

Bronco neumonía a los tres años. Sarampión seguido de mastoiditis a los seis años. Seguido un periodo de fiebre elevado inexplicable de entrada –piensan en apendicitis.

La madre señala la diferencia que sufrió en el rendimiento escolar con el inicio de sus dificultades. Ella sitúa la invasión catastrófica de los trastornos en febrero de 1932, precedida de un episodio infeccioso muy limitado, calificado de gripe.

En realidad las reacciones extrañas aparecieron seis meses antes, siendo en ese momento la situación familiar problemática por la presencia de un tercero que ocasionaba violentas escenas de celos en el padre. El niño, que entonces tenía ocho años y medio, se vio afectado por estos sucesos con gran intensidad, mostrando impulsiones violentas de una absurdidad evidente (sin provocación, arrojaba fuera objetos pertenecientes a su madre). Asimismo aparece una desafección por sus abuelos maternos a los que hasta entonces quería muchísimo.

En febrero deja la escuela al aparecer el cortejo de problemas mentales en los que su entorno reconoció la enfermedad.

Los autores subrayan como este debut clínico es de naturaleza delirante. Apareciendo ansiedad extrema, insomnio y estados oníricos en los que veía un ojo detrás de las cortinas, visiones infernales cerca de él, escuchando cosas que le daban miedo sobre el ogro. De lo escuchado dice: “*No era su madre quien le hablaba, sino él mismo*” (Claude, Heuyer & Lacan, 1933, p. 622.).

Pero lo que surgen son sobretudo ideas hipocondriacas, con consciencia de estar gravemente afectado por un mal: se mira en el espejo y se ve amarillo, dice estar afectado del mismo mal que un primo suyo que sufrió una encefalitis y que presenta un espasmo de torsión.

Dicen que presenta temas de interpretación (delirante) típicos: se le sigue, se hacen deliberaciones sobre él en la calle, el tendero lo quiere, el niño tiene miedo de quedarse solo en un cuarto.

Padece asimismo de fuertes crisis de violencia, en los que da puñetazos a su madre y a su hermano. También crisis de lágrimas en las que repite que no quiere morir. Al mismo tiempo, lo que consideran, una imitación histeriforme de la contractura de su primo, quien después de dos años de sufrir la encefalitis, presenta problemas, habiendo conservado la integridad intelectual y estando en contacto frecuente con Jacques, al que ayuda a hacer los deberes.

## **5.8 Ingreso**

Tras la primera consulta, en mayo de 1932 es admitido en el anexo de neuropsiquiatría infantil. Puesto en aislamiento, presenta tics incesantes, particularmente movimientos de la ingle, y un estado hipomaniaco que decide su admisión. Hace muchas tentativas de fuga, siendo encontrado en una de estas en el andén de una estación.

En el servicio presenta alternancias de excitación con crisis de ansiedad extrema y ocasiones de estupor indiferente. Se le aplica gardenal (un calmante) y duerme bien. Tiene crisis de glotonería. Impulsiones extremadamente bruscas a fugarse (salta por una ventana a la planta baja), deteriora y rompe los objetos.

Obedece a órdenes simples, presenta un mutismo psicógeno que cede cuando se le contraría, responde corrientemente por gruñidos o por tics ejecutados a modo de respuesta mirando al observador. Puesto en presencia de su madre, dice: Es una dama, por tanto le reconoce, a pesar de la ausencia aparente de toda emoción. En la sala de reconocimiento inspecciona inquieto todas las esquinas y los armarios. El vigilante anota: momentos de júbilo y alegría extraordinarios, y de actitudes de terror y sufrimiento.

Una mejoría sensible permite reenviarlo los dos meses de las vacaciones de verano con su familia. Se muestra calmado, pero sin afecto, deshilvanado, parcialmente desorientado, semi-mudo. Sus ocupaciones son vagas, juega correctamente con su tren infantil, si bien no se interesa en otra cosa que en las evoluciones de los trenes sobre la vía cercana, evoluciones observa expectante desde un punto, sin hacer ninguna tentativa inquietante de fuga.

Es vuelto a llevar a consulta en noviembre debido a que su estado se ha agravado, siendo diagnosticado de demencia precocísima. Ciertas modificaciones episódicas aparecieron en su estado, los tics desaparecieron, pero el niño se hundirá en una actitud cada vez más monótona de demencia hebefrénica. Después de un corto periodo de adelgazamiento se estabilizará. Los tratamientos serán ineficaces, quedando seis meses después fijado en el estado descrito.

Los autores realizan un diagnóstico (diacrónico) a partir de la evolución del caso, concluyendo:

1. en un diagnóstico de demencia precocísima, con el pésimo pronóstico que comporta la estabilización física y somática de la enfermedad.
2. en cuanto a la etiología, no pueden resolver el papel eventual de una encefalitis epidémica, ya que los elementos que proporciona la observación son insuficientes: Reconocen el contacto con el primo encefalítico, y la existencia de un episodio infeccioso al inicio, pero carácter muy reducido y fugaz, de signos clínicos raros, que tendría tan solo un valor de probabilidad.
3. finalmente señalan la existencia anterior de un cierto estado de debilidad mental y la significación muy probablemente patológica de facultades brillantes reconocidas en el niño, situando este signo diagnóstico de evolución en las observaciones de demencia precocísima.

## 5.9 Juliette Louise Despert

Son pocos los datos de los que disponemos de Juliette Louise Despert, pionera en la introducción de ideas de Bleuler (1911/1993) en la psiquiatría infantil norteamericana, nació en Francia el 9 de junio de 1892, y murió en Nueva York el día 14 de junio de 1982. Se graduó en medicina en la Universidad y el Colegio Médico de Bellevue Hospital, el actual NYU School of Medicine. Fue psiquiatra infantil y trabajó en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York, y por lo que sabemos, ya que dedica su libro “Hijos del divorcio” (Despert, 1962) a los niños que atendió allí, en el Departamento de Psiquiatría de la Payne Whitney Nursery School, desde 1937 a 1947.

Su gran obra, “Schizophrenia in Children” (1968), fue publicada en 1938. En ella Despert realizó la primera gran descripción de la enfermedad, siguiendo el modelo bleuleriano (1911/1993), en un contexto, que podemos deducir, de intercambios, en particular alrededor de la cuestión del lenguaje, con Leo Kanner (1946), apoyándose en una observación de 29 casos, que estudió entre 1930 y 1937, en el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Dicho informe fue presentado en el primer Congreso de Psiquiatría Infantil, que tuvo lugar en París del 24 de julio al 1 de agosto de 1937.

Subrayar, como el mismo Leo Kanner, en el prólogo a la edición a los *Collected Papers* de Despert, posteriormente en 1968, da cuenta de la transformación de la actitud de los profesionales acerca de la esquizofrenia infantil:

*“En el curso de aproximadamente cinco décadas, los mayores cambios han ocurrido en la actitud de los profesionales hacia la esquizofrenia infantil, que van de la casi total negación a una creciente preocupación sobre los aspectos de la incidencia, sintomatología, etiología, genética, terapia, prognosis, y variedad clínica de síndromes”* (Despert, 1968. p. v).

### 5.10 El informe de los 29 niños

La serie de 29 niños admitidos en el Instituto psiquiátrico de Nueva York, desde 1930 a 1937, fueron seguidos por periodos que variaron desde un año o año y medio a seis años.

Nueve niños (8 chicos, una chica) tenían menos de siete años cuando fueron admitidos. Los otros veinte (15 niños y 5 chicas) tenían de 7 a 13 años en el momento de su admisión.

Despert define:

*“la esquizofrenia como un proceso de enfermedad en el cual la pérdida del contacto afectivo con la realidad coincide con, o está determinado, por la aparición de pensamiento autístico acompañado de fenómenos específicos de regresión y disociación”.* (Despert, 1968, p. 1.)

Distinguiendo tres tipos de comienzo del proceso: 1. Agudo, 2. Insidioso 3. Insidioso seguido de episodio agudo, generalmente precipitado por un factor exógeno definido que causó la admisión.

Desde el punto de vista de la evolución de la enfermedad, los pacientes pueden ser divididos en tres grupos:

1. Entre los siete casos del primer grupo (de inicio agudo), seis evolucionaron rápidamente hacia el deterioro y en el séptimo la progresión de los síntomas fue seguida por una resolución parcial y una relativa adaptación a la realidad, con un nivel ideomotor inferior a lo normal.
2. En el segundo grupo de 16 casos (inicio insidioso), tres casos evolucionaron rápidamente hacia el deterioro, 12 tuvieron un curso crónico sin exacerbación, pero con un descenso del nivel ideomotor y finalmente un caso tuvo un curso crónico con exacerbación.

3. En el tercer grupo de seis casos (inicio insidioso seguido de episodio agudo), hubo dos que mostraron remisión con una relativa adaptación subsecuente; tres progresaron, no hacia el deterioro, pero hacia un marcado descenso del nivel ideomotor, y finalmente el último caso evolucionó rápidamente hacia el deterioro. (Despert, 1968, p. 2.)

### **5.11 La niñera perdida y el niño en el parque**

Despert (1968) nos ofrece, a modo de ilustración, una breve descripción de un caso del primer grupo. Un niño, hijo único de una familia acomodada, estrechamente unido a su niñera, se desarrolló normalmente, hasta los tres años y medio. Los antecedentes familiares son negativos.

El niño tenía tres años y medio cuando el padre se arruinó. Y el niño perdió su contacto afectivo más importante que era la niñera. Yendo los padres a vivir con los abuelos maternos en un pequeño apartamento, en el que el niño duerme con los padres.

El primer incidente significativo, del que se dieron cuenta, ocurrió cuando dos días después del cambio de residencia, el padre estaba conduciendo hacia el parque cerca del lugar donde la niñera acostumbraba a recogerle diariamente. Y tuvo un gran berrinche que terminó cuando le fue permitido jugar en el lugar en el que le recogía la niñera. Esa tarde, tras volver del parque, notaron que no prestaba atención a la gente de su alrededor, y que murmuraba para sí palabras entre las cuales reconocieron “el niño en el parque”.

Los días siguientes la pérdida de contacto con la realidad se hizo más notoria, su lenguaje se volvió inarticulado, insomne, no dormía o se despertaba de repente con carcajadas inexplicables. El médico generalista que lo vio le diagnosticó de “corea”, sin encontrar signos de enfermedad orgánica.



Dos semanas más tarde fue traído al Instituto Neurológico, cuando un profundo cambio tuvo lugar. Entró en el mutismo, aparecía estuporoso, se masturbaba constantemente y reaccionaba con ataques de violenta excitación a lo que parecían ser alucinaciones visuales y auditivas. El síndrome psiquiátrico alcanzó su desarrollo completo en seis semanas, siendo admitido rápidamente en el Instituto Psiquiátrico.

Dos meses después de la admisión tuvo un episodio catatónico típico, manteniéndose en posturas rígidas durante periodos de 15 o 20 minutos, con mutismo e incontinencia. Después de eso, los síntomas variaron algo de mes a mes. Hubo algunos meses en los que mejoró, en los que estuvo más en contacto con la realidad.

Sin embargo, las características esquizofrénicas persistieron con periodos alternantes de rigidez, mutismo, reacciones activas alucinatorias, excitación catatónica, destructividad y finalmente autismo completo.

Este niño prosiguió hospitalizado y un curso de deterioro. Su mutismo prosiguió durante los años, excepto por la emisión de sonidos inteligibles y de algunas palabras, una de las cuales era “parque”.

### **5.12 Un interés clínico por el lenguaje**

En los datos previos al inicio del proceso de la enfermedad, no se percibieron anomalías excepto en el desarrollo del lenguaje. A los dos años este niño tenía una capacidad por encima de lo normal para retener palabras y usarlas de un modo mecánico. Podía recitar un centenar de canciones de infantiles, mientras que su vocabulario para las expresiones de necesidades era pequeño (Despert, 1968, p. 3.).

Despert señala en este caso, una disociación entre el lenguaje signo y el lenguaje función. Disociación que, en su opinión, se encuentra en muchos de los niños de esta serie, considerando que cuando acontecen cambios profundos, en las relaciones afectivas del niño y

en su relación con la realidad, la anomalía en el desarrollo del lenguaje es probablemente un índice de la capacidad de adaptación (Despert, 1968, p. 4.).

Despert volverá a subrayar la diferencia entre el lenguaje signo y el lenguaje función en casos de esquizofrenia –lo que da cuenta de su interés como clínica por la dimensión del lenguaje-, en la discusión del informe de Leo Kanner (1946): “Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism” (p. 245.).

En los datos previos al inicio del proceso de la enfermedad, no se percibieron anomalías excepto en el desarrollo del lenguaje. A los dos años este niño tenía una capacidad por encima de lo normal para retener palabras y usarlas de un modo mecánico. Podía recitar un centenar de canciones de infantiles, mientras que su vocabulario para las expresiones de necesidades era pequeño (Despert, 1968, p. 3.).

Propone una relación el grupo al que cada paciente pertenece, su edad, y la sintomatología variada.

Angustia, alucinaciones, que principalmente eran expresadas por los mayores de seis años, si bien se observaban reacciones a lo que parecían alucinaciones en los más pequeños. En ocho casos, alucinaciones visuales y auditivas fueron verbalizadas, en tres solo auditivas y en un caso alucinaciones gustativas.

En nueve casos estaban presentes ideas de persecución, de los cuales, con la excepción de un niño de cinco y medio, eran mayores de diez años. Siete de estos casos sufrían ansiedad aguda asociada a ideas de persecución.

Delirios somáticos eran expresados por cuatro niños de once años. Intentos de automutilación en cuatro niños. Masturbación frecuente.

Señalando el mutismo como un síntoma capital de la esquizofrenia en los niños más jóvenes. Siendo este no tan absoluto como en los adultos, apareciendo en ocasiones murmuraciones, incluso lenguaje articulado en momentos de gran excitación.

La regresión se manifiesta con formas primitivas de conducta como manipulación de materias orgánicas. (Despert, 1968, p. 4.).

Incluso en los niños de siete años los síntomas se desplazan siendo de una gran fluidez y variabilidad. En la mayoría de los casos parece imposible realizar un diagnóstico positivo de esquizofrenia de un tipo excluyendo los de los otros tipos. Ya que rasgos de los tres tipos se observan en el paciente en rápida sucesión.

Afirmando que, en niños menores de 11 años, solo podemos hablar de proceso esquizofrénico con predominio de ciertos caracteres. Predominio catatónico, hebefrénico, o de tendencias paranoides. (Despert, 1968, p. 5.).

Asimismo Despert toma en cuenta los factores precipitantes, es decir una dimensión de corte, separación o mal encuentro: como los cambios de residencia, muerte o separación de una persona amada, una intervención quirúrgica, o incluso la visión de una película de miedo.

Despert (1968), al igual que Klein (1930a/2006a), piensa que la esquizofrenia no es tan rara como se pensaba, afirmando:

*“la esquizofrenia en niños no es tan rara como se creía antes. Como fue señalado por Potter un análisis de los datos de las anamnesis de algunos de los niños en instituciones para débiles nos demostraría esto”.* (Despert, 1968, p. 6.).

Considerando que quizás solo acudían a la consulta del psiquiatra una vez que el deterioro del proceso esquizofrénico los había llevado ya a la debilidad.

### **5.13 El debate sobre la psicosis en el niño**

En 1965, Margaret Mahler (1984), escribía cómo en su práctica del servicio de niños del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y de la Universidad de Columbia, se vio

a menudo frente a casos de niños a los que no era posible encuadrar en ninguna de las categorías nosológicas tradicionales.

*“En aquella época (a finales de la década de 1930 e incluso en la década de 1940) la avanzada obra de Lauretta Bender (1942, 1947) sobre la esquizofrenia en la niñez no era en modo alguno aceptada en el campo de la psiquiatría infantil, a pesar de los trabajos de Bradley (1945), Potter (1933) y Despert (1941).*

*Fue a principios de la década de 1940 cuando el concepto de Kanner de “autismo infantil precoz” (1943, 1944), hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en los niños pequeños resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo. Pero esa aceptación de un “autismo infantil precoz” tuvo una perdurable consecuencia: cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad en un niño pequeño era automáticamente designado como “autismo” (Mahler, 1965/1984, p. 133.).*

Esta “perdurable consecuencia”, que sirvió como punto de cierre del debate sobre la psicosis en el niño, para ser aceptada bajo la modalidad del autismo, recibió múltiples añadidos, marcas y matices. Entre ellos el de la propia M. Mahler quien con su tesis sobre la psicosis simbiótica, favoreció la concepción de niveles de gravedad correlativos a momentos de detención en el desarrollo del niño. Así, la más grave de dichas detenciones sería el autismo infantil, mientras que la psicosis simbiótica correspondería a la detención en un estadio posterior del desarrollo.

Se crea así paulatinamente, para la infancia, el paradigma de los trastornos del desarrollo, que a partir de los años 90, con la edición del DSM IV (Pichot, Aliño, & Miyar, 1995), (F.84. Trastornos Generalizados del Desarrollo) ha desplazado al autismo infantil de su condición previa de síndrome, que lo situaba como entidad sin etiología reconocida, a la

de trastorno autista, para pasar próximamente a la de trastorno del espectro autista. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo progresivamente, en esta década de inicio del siglo XXI, han hecho desaparecer a las psicosis infantiles. A las esquizofrenias infantiles.

## **6. Del autismo infantil precoz de Leo Kanner a las psicosis infantiles**

### **6.1 Leo Kanner**

Leo Kanner, considerado el padre de la psiquiatría infantil en los Estados Unidos, nació en el seno de una comunidad judía en Klekatov, ciudad del imperio austro-húngaro próxima a la frontera con Rusia. Después de graduarse en 1921 en Berlín fue médico de la afamada Charité, institución en la que inició su aprendizaje como psiquiatra. En 1924 emigró a los Estados Unidos, donde transcurrió el resto de su vida. En 1930 el célebre Adolf Meyer, lo puso al frente del primer servicio de psiquiatría infantil dentro de un hospital psiquiátrico.

Apoyado en su amplia experiencia clínica y en sus sólidos conocimientos, publicó en 1935 el primer manual americano de psiquiatría infantil. Este tratado tiene desde su primera edición un gran éxito, del que dan testimonio las numerosas ediciones y reimpressiones y su traducción a varios idiomas. Texto que continúa siendo una obra fundamental de referencia en este campo, y que produjo desde el inicio un efecto de homogeneización de la clínica psiquiátrica del niño en habla inglesa.

Lo que va a posibilitar este efecto de homogeneización e integración son las concepciones dominantes en el conjunto del campo psicológico, en Estados Unidos desde el comienzo de siglo, incluida la psicopatología: es el funcionalismo americano (Bercherie 1983).

El funcionalismo americano, permitirá, más que la introducción de la peste en América, que prometió Freud (1910a/1998) a su llegada a América, para dictar las famosas “Cinco conferencias en la Universidad de Clark”, la cómoda anexión y dilución de las tesis psicoanalíticas en el corpus psicopatológico estadounidense.

*“Frase de Freud a Jung, de cuya boca la conozco, cuando, invitados los dos en la Clark University, tuvieron a la vista el puerto de Nueva York y la célebre estatua que*

*alumbra el universo: “No saben que les traemos la peste”, le es enviada de rebote”*

(Lacan 1966c, p. 403.).

El funcionalismo americano es más un pensamiento que un cuerpo doctrinario, una gestión íntimamente inscrita en la vida americana, como prueba su facilidad para asimilar ideas de origen muy diferente, desde el psicoanálisis a otras, así como demostrará su capacidad para influir sobre los emigrantes formados en Europa.

## **6.2 Adolf Meyer y el funcionalismo**

Adolf Meyer nació en Suiza en 1886. Educado como psiquiatra en la tradición europea, se graduó en Zúrich en 1892, el mismo año que emigró a los Estados Unidos, donde fundará la escuela de psiquiatría americana a la que insufla el pensamiento del pragmatismo y el funcionalismo americano que conoció y aprendió en sus tiempos de estancia en Chicago (Sánchez & Ruiz, 2012).

Lo que caracteriza el funcionalismo, en su oposición al elementarismo que dominó la psicología europea del Siglo XIX y que fundamentalmente permaneció asociacionista, es la idea de que el organismo es un todo comprometido en una tarea de adaptación al medio ambiente. El psiquismo es una función útil de mediación entre el medio ambiente y las necesidades del organismo, oponiéndose el funcionalismo, al estudio de los elementos separados del conjunto, que pierden así su sentido para determinar la función psicológica (Bercherie 1983).

Este pensamiento considera que la enfermedad mental debe ser comprendida como una conducta que tiene una función y no como la consecuencia de una lesión orgánica. La enfermedad tiene una función articulada a la biografía, que toma muy en cuenta la adaptación orgánica al medio, mediante las capacidades psicológicas. La terapéutica que propone es

eminentemente pragmática, siendo Meyer uno de los padres fundadores de la terapia ocupacional (Meyer 1922).

Fue en 1930, recién llegado a la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, que Adolf Meyer, director de psiquiatría selecciona a Leo Kanner para desarrollar el primer servicio de psiquiatría infantil en un hospital pediátrico.

La influencia del funcionalismo nos permite comprender el origen teórico de los conceptos que estructuraron el campo nuevamente conquistado de la clínica paidopsiquiátrica: la noción de patología de las grandes funciones, con su expresión en los trastornos de comportamiento.

Campo nuevamente conquistado, porque, como ya dijimos, la década de 1930 fue el momento en el que se extingue la investigación clínica en la psiquiatría, siendo tomado, el relevo en la investigación psicopatológica, por el psicoanálisis, el cual no es una clínica psiquiátrica. Es bajo esta atmósfera del funcionalismo y la influencia de la nueva reclasificación propuesta por Bleuler (1911/1993), que la psiquiatría retoma el campo de la psicopatología en la infancia con Kanner (1943).

La otra influencia de fondo sobre la que se dibuja esta psicopatología, son los trabajos de Arnold Gesell (1985), de inspiración funcionalista y conductista, sobre el desarrollo psicológico del niño. La descripción de Kanner (1943) del síndrome autístico precoz, fue posible gracias a que las investigaciones de Gesell permitieron la creación de escalas comparativas flexibles, que posibilitaron delimitar la precocidad notable de la falta de contacto en este tipo de casos, diferenciándolas de las esquizofrenias del niño más tardías. (Bercherie 1983). Kanner, en su célebre artículo de 1943, se basó en este autor, para localizar, en cada uno de los once casos del texto, cuando eran bebés, la imposibilidad de adoptar la postura anticipatoria para ser cogidos.



Tal como lo planteó en su momento Klein (1930a/2006a), muchos de los rasgos patológicos de los niños son menos evidentes que los de los adultos, debido a la labilidad y mutabilidad de los mismos en la infancia, lo cual dificultaba definir trayectorias tipos o estructuras fijas, como se hacía en la psicopatología del adulto, salvo en la patología más grave, y que Bercherie (1983) considera la mejor descrita: el autismo infantil.

Partiendo de esta dificultad solo se pudieron integrar los caracteres de la patología que constituye el campo de la infancia, en su particular labilidad, articulándolas férreamente con la concepción del desarrollo psicológico del niño.

### **6.3 Desarrollo y estructura**

Podemos oponer el concepto de desarrollo al de estructura. Se oponen en tanto que el desarrollo es diacrónico, supone el paso del tiempo, mientras que la estructura es sincrónica, supone un tiempo detenido. Son dos conceptos que se oponen de manera abstracta pero que se articulan en la experiencia clínica. No se trata de dos conceptos excluyentes sino de dos perspectivas.

En el psicoanálisis encontramos estas dos perspectivas, del desarrollo y la estructura, tal como plantea Miller (1999b):

*“La perspectiva del desarrollo, en general conduce a la observación del individuo. Se puede ver que ha conducido a los analistas a buscar el secreto del inconsciente en el desarrollo del niño”* (p. 26.).

Vimos la relevancia que la corriente annafreudiana (1985a) dio al desarrollo del niño. Asimismo, la escuela que proviene de Karl Abraham (1988) y Melanie Klein (1930a/2006a), privilegió la perspectiva del desarrollo, lo que les condujo a la observación del comportamiento. Ambas corrientes salen de este modo del discurso analítico para realizar una observación del niño.

El psicoanalista no es un observador del comportamiento, ya que, por ejemplo, los fantasmas y otros fenómenos de la subjetividad no se observan.

#### **6.4 Los trastornos autistas del contacto afectivo de Kanner**

Esta patología de la infancia que Bercherie (1983) considera tan bien descrita, fue detallada por Leo Kanner, en su conocido artículo de 1943, “Autistic disturbances of affective contact”. En él Kanner informa de once niños que comenzó a seguir desde el año 1938, cuya condición difería de manera tan marcada y singular de cualquier otra conocida hasta el momento, en que estas características clínicas tan únicas le llevaron a constituir un síndrome, al que se le reconoció una especificidad clínica, y que más tarde fue llamado “*autismo infantil precoz*”.

En este texto describe once casos en los que aparecen como desorden fundamental, patognomónico, su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida. Patología de la relación que sitúa en dos fenómenos: el deseo básico de soledad “aloneness”, y el de inmutabilidad “sameness”, siendo estos los dos principios diagnósticos del autismo.

Kanner (1943) compara y sostiene la diferencia con la esquizofrenia infantil, a partir del momento de inicio de la enfermedad. El autismo no sería, como en el caso de los niños o adultos esquizofrénicos, una desviación de una relación inicialmente presente, o una retirada de una participación que existía con anterioridad.

Incluso en los casos con los ataques más tempranos de esquizofrenia registrados, incluyendo la demencia praecocissima de De Santis (1909) y la demencia infantilis de Heller (1908), las primeras manifestaciones observadas fueron precedidas de al menos dos años de desarrollo esencialmente normal, manifestándose el cambio más o menos gradual en la conducta de los pacientes.

Todos los niños del grupo mostraron su extrema soledad desde el nacimiento, no respondiendo a nada que procediera del mundo exterior. Lo que resultó decisivo fue la información que dieron los padres sobre el fracaso del niño para colocarse en la postura anticipatoria al ser cogido, así como para ajustar el cuerpo al de la persona que lo sostiene en brazos. Ya que este elemento daba cuenta, de las dificultades de la relación, desde los primeros momentos, en la que esta se supone debe darse.

Así mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, el autista no tenía esta relación y se acerca cautelosamente a un mundo en el que ha sido completamente extraño desde el comienzo.

Doce años después de la publicación de este primer texto, 120 niños fueron diagnosticados y observados en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Johns Hopkins. (Eisenberg & Kanner, 1956).

Si bien es una cuestión discutida, ya que hay quienes plantean que quería separar esquizofrenia de autismo (Laurent 2012), Leo Kanner (Eisenberg & Kanner, 1955) estaba lejos de querer apartar definitivamente la noción de esquizofrenia infantil de la de autismo (Sauvagnant, 2002).

Al contrario, en repetidas ocasiones, declaró que su intención era la de descomponer la esquizofrenia infantil en entidades mejor fundadas, y nada prueba que el síndrome autístico haya sido para él la única solución para hacerlo: en otros términos, no parece haber considerado que las psicosis infantiles debieran disolverse en el autismo. En 1955 Kanner escribirá que no hay ninguna objeción para incluir el autismo en una concepción más amplia de la esquizofrenia (Eisenberg & Kanner, 1955). Lo cual no implica que en este camino aislara un síndrome con una singular especificidad clínica.

Esto convirtió al autismo, en las décadas posteriores, en motivo de discusión cuyo objeto era diferenciarse clínicamente de la esquizofrenia, como vemos, desde el primer texto fundante de Kanner en 1943, al texto presentado en el Simposio sobre la Esquizofrenia en la infancia en 1956.

En dicho texto: “Childhood Schizophrenia” (Eisenberg & Kanner, 1956), propone un patrón de diferencia entre ambos síndromes, planteando que el autismo se diferencia de la esquizofrenia infantil en virtud del desapego presente antes del primer año de vida y de la oligofrenia, por la evidencia de sus buenas potencialidades intelectuales.

Kanner propone esta línea roja que haría caer el diagnóstico de un lado u otro, si bien en su serie original de once casos, incluyó casos que refirieron un desarrollo normal hasta los primeros dieciocho o veinte meses, *“pero incluso en estos casos el inicio es más temprano y fenomenológicamente son distintos de la esquizofrenia”* (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 558.).

Por otro lado, aísla de nuevo, en dicho texto, las dos características patognomónicas que deben de ser presentes en el autismo:

*“El auto-aislamiento y la obsesiva insistencia en la preservación del “sameness”, caracterizan lo que podría ser considerados como primarios, empleando el término como lo hizo Bleuler en la agrupación de los síntomas de la esquizofrenia”* (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 557.)

Sitúa por tanto el “aleness” y “sameness” como síntomas primarios, en el sentido que le dio Bleuler (1911/1993). Considerando a las vicisitudes del desarrollo del lenguaje y a *“los más llamativos y cambiantes fenómenos”* (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 558) como derivados de los trastornos básicos de la dimensión relacional. Es decir, los síntomas primarios son los que conciernen a la relación: “aleness” y “sameness”, siendo los otros secundarios.

No se trata, en la inmutabilidad, “sameness”, de la comprobación aislada de las acciones repetitivas, ya que estas pueden encontrarse en ocasiones en niños retrasados, pudiendo producir problemas diagnósticos. Sin embargo, unir la presencia de rituales junto con la característica “aleness”, sirve para el diagnóstico diferencial de los pacientes autistas.

En 1971, Leo Kanner publicó su artículo: “Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943”, en el que mostraba los resultados del seguimiento que realizó, veintiocho años después, de los onces casos originales, con los que aisló el síndrome del autismo.

Tomaremos el primer caso, el caso de Don. Los padres lo enviaron a vivir a una granja, logrando los granjeros resultados, al relacionar las estereotipias de Don con actividades prácticas: Le hicieron utilizar su preocupación por las medidas pidiéndole, entre otras actividades, que cavara un pozo y que midiera su profundidad o contar los surcos que iban arando para plantar trigo. La vía pragmática, espontánea, en la vida americana.

El resto de la historia está contenida en una carta que la madre envió a Kanner:

*“Don tiene 36 años, soltero viviendo en casa con nosotros[...] desde que se graduó en 1958 trabaja como cajero en un banco local. Está satisfecho como cajero sin deseos de promocionar. Trata al público muy bien. Su distracción principal es el golf al que juega cuatro o cinco veces por semana en el club local. Ha ganado seis trofeos en la competición local. Otros intereses son Kiwanis Club (del que fue presidente en una ocasión)[...] Es propietario de su segundo coche, le gusta su independencia. Tiene televisión en su cuarto, tocadiscos y muchos libros. En el colegio mayor estudió francés mostrando una particular aptitud para los lenguajes. Es un buen jugador de bridge pero carece de iniciativa. La falta de iniciativa parece ser su secuela más importante. Participa poco en las conversaciones y no muestra interés por el sexo opuesto.*

*Aunque no es completamente normal, ha tomado su lugar mucho mejor de lo que esperábamos” (Kanner, 1971, p. 122.).*

No todos los casos tendrán el mismo destino de Don, que podemos calificar de benigno. La diversidad de los destinos, habiendo tenido una mejor evolución aquellos a los que se aplicó soluciones individuales, llevará a Kanner a preguntarse qué es lo que determina el curso diferente, para cada caso. Lo que le llevará a afirmar:

*“Uno no puede impedirse pensar que la admisión en un Hospital del Estado fue equivalente a una sentencia de por vida, que se acompañó de la desaparición de las extraordinarias hazañas de memoria; del abandono del combate anterior, patológico pero activo, por el mantenimiento de la inmutabilidad, la pérdida del interés por los objetos, añadida a la básicamente pobre relación a la gente –en otras palabras un repliegue total a la casi-nada” (Kanner, 1971, p. 144.).*

Preguntándose qué elementos influirían en una evolución positiva de los casos.

El impacto del nuevo cuadro clínico aislado por Kanner sobre el ámbito de la psicopatología del niño y la creación progresiva de servicios fue muy grande. Pero Kanner afirmaba en 1956:

*“Cuando esta concepción fue comunicada hace 12 años se encontró con una recepción muy similar a la que recibieron los informes de esquizofrenia infantil la década anterior”. (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 558.).*

Esta, como hemos visto, no es exactamente la perspectiva de Margaret Mahler, quien pensaba que el autismo hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en los niños pequeños resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo. (Mahler, 1965/1984, p. 133.).

## 6.5 Margaret Mahler y el grupo de las psicosis infantiles

Margaret Mahler nació en el pequeño pueblo de Sopron, Hungría, cercano a la frontera austriaca en mayo de 1897.

A los dieciséis años se desplaza a Budapest para realizar los estudios preparatorios de medicina. A través de una amiga conoce el psicoanálisis y comienza a leer a Freud. Tras el curso 1917-1918 se traslada a la universidad de Múnich y más tarde debido al ambiente antisemita de esta, a la universidad de Lena, Heidelberg y Viena, donde se licencia de medicina a los veintiséis años.

En Viena comienza un análisis con Helen Deutsch (1944) (1945), sigue seminarios de psicoanálisis con niños, impartidos por Ana Freud, y crea con ella un centro de tratamiento para niños donde también trabaja con August Aichhorn (Aichhorn, 1955) y Dorothy Burlingham (Burlingham & Freud, 1943) (Burlingham, 1952) (Burlingham, & Freud, 1954)

El *Anschluss* de Austria por los nazis forzará su exilio a los Estados Unidos. Trabaja en el servicio infantil del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y de la Universidad de Columbia, donde proseguirá sus estudios acerca de las psicosis infantiles y realizará sus publicaciones más influyentes. (Palombo, Bendicson & Koch, 2009).

Alumna también de Kanner, fue la primera gran teórica —al mismo tiempo que L. Bender, Bradley y Rapoport— en resumir desde 1942 todos los ejes de comprensión del proceso esquizofrénico en el niño (Gineste 1983).

Al inicio de los años cincuenta, toma el descubrimiento de Kanner, a partir de la teoría de la psicología del yo, annafreudiana (1980), integrándolo en una teoría general del desarrollo del niño, distinguiendo tres estadios: la fase autística normal o presimbótica, la simbiótica y la fase de separación individuación.

Sitúa la ficción de un narcisismo primario durante el cual el organismo estaría cerrado sobre sí mismo, sería la fase autística normal, descubriendo al objeto materno sobre el tercer

mes de vida. Inicio de la fase simbiótica, durante la cual madre y niño formarían una unidad dual, siendo la última fase la que posibilitaría la separación individuación. Proceso que se desarrollaría durante los tres primeros años de la vida.

La psicosis en el niño, aparecería en este proceso, como una falla del desarrollo, que impediría la individuación. Favoreciendo la concepción de niveles de gravedad correlativos a momentos de detención en el desarrollo del niño. Siendo la más grave el autismo infantil, mientras que la psicosis simbiótica, que introduce en 1952, correspondería a la detención en un estadio posterior del desarrollo. (González & Rueda, 2009). El síntoma por excelencia, para Mahler será que el niño no perciba a la madre como representante del mundo exterior. (Mahler, 1984, p. 119.).

A partir de esta época, los años cincuenta, progresivamente se tendió cada vez más a insistir en las investigaciones clínicas y teóricas, en el modo de ser del esquizofrénico; por eso, el nombre de esquizofrenia, que expresaba demasiado las consecuencias negativas de la fisura del mundo interior, fue siendo cada vez más criticado; como vemos dos décadas después, en Rutter (1972) "Childhood Schizophrenia reconsidered", donde plantea su uso como un término genérico que permitía incluir una sorprendente y heterogénea mezcla de trastornos: autismo infantil, psicosis simbiótica, demencia precocísima, demencia infantil, síndrome esquizofrénico en la infancia, esquizofrenia pseudopsicopática, esquizofrenia latente.

Este cambio de tendencia produjo, en los años setenta, la sustitución del término esquizofrenia, por el de psicosis, que se prefirió emplear al parecer menos constrictivo, y por el carácter vago que entonces tenía, frente al de esquizofrenia, y que arrastraba menos connotaciones pesimistas. (Gineste 1983).



## 6.6 Un caso de psicosis infantil. El caso Stanley

El caso Stanley, que permite ilustrar la forma simbiótica de la psicosis para Mahler, y que hoy es aceptado entre los clínicos, como una notable descripción del funcionamiento del sujeto autista (Maleval, 2003, p. 104.) es un caso que Margaret Mahler menciona en dos artículos. El primero de 1953, “Algunas observaciones sobre perturbaciones del yo en un caso de psicosis infantil”, y el segundo de 1959, “Precursores infantiles de la máquina de influir (Tausk)”. Ambos en la obra publicada bajo el título “Psicosis infantiles” (Mahler, 1984).

Stanley acude a consultar tras un episodio en la guardería, a la que hasta entonces había acudido.

De bebé su madre solía leerle un libro llamado “Cuando eras un bebé” y cada vez que lo hacía Stanley se ponía a llorar desconsoladamente, insistiendo a pesar de todo para que se lo leyeran. Esto también le pasaba con otros libros y fue eso mismo lo que le ocurrió en la guardería. Se alteró tanto que la maestra llamó a la madre para que lo calmara o se lo llevara.

Lo que le ponía en este estado de excitación eran dos láminas en dos páginas opuestas, del libro. Una de ellas mostraba al bebe en su cuna de barrotes y en la otra lámina se veía a un oso panda en una jaula. De ambas láminas solo se veían los barrotes.

El bebé lloraba porque había tirado los juguetes fuera de la cuna y no los alcanzaba. El panda en la página opuesta, tenía una escudilla de comida junto a él. En el texto del libro que le leían ponía: Ese nene se parece al gordo panda sentado en su jaula en el jardín zoológico.

A Stanley no le interesaban los motivos del llanto del bebé, y llamaba “Panda” a cualquier bebé o imagen de bebé. Como recuerda Laurent (1980), ambas imágenes están en espejo, siendo lo inalcanzable, los juguetes del bebé. Cada vez que Stanley veía en un libro un niño que lloraba quería darle de comer.

*“Podría suponerse que la diligencia de Stanley en cuanto a dar el biberón y alimentar con cuchara al “nene que lloraba” reconocía como motivo el deseo de consolarlo... y de consolarse él mismo al identificarse con el bebé llorón. Pero este no era el caso” (Mahler, 1984, p. 161.).*

A veces, Stanley se quedaba absorto en la contemplación de un libro para niños, en el que la expresión de la cara del bebé podía cambiarse moviendo hacia arriba o hacia abajo, una pieza situada en la parte inferior del rostro. Una de las expresiones mostraba al bebé tranquilo y otra llorando. Stanley llamaba “Panda” a este bebé, y cuando no lloraba Stanley decía: “Ahora ella está contenta”, e insistía en que la terapeuta dijera “Ella está contenta”. Lo cual le tranquilizaba. Con cada cambio de cara Stanley se excitaba mucho, con gestos que Mahler define como mecánicos, calificándola de excitación catatónica.

Esta conducta alternaba con otra diametralmente opuesta: la completa indiferencia, perdiendo todo interés.

En otras ocasiones en que se hallaba en un estado de semi-estupor Stanley tocaba el brazo de la terapeuta, a la que Mahler llama madre sustituta, y entonces se conectaba primero levemente, para entrar luego en un estado afectivo intenso y difuso. No solo el contacto corporal le producía este efecto de conexión, también lo producía la palabra “bebé”. La interpretación de Mahler propone que Stanley buscaba este efecto de conexión, de restitución, para salir de la apatía.

Tenemos entonces estos fenómenos de conexión-excitación frente a los de apatía, con la cara del bebé, al tocar el cuerpo de la terapeuta o al decir la palabra desencadenante: bebé.

Progresivamente los efectos de alternancia, que fascinan a Stanley, se hacen cada vez más presentes en las sesiones. Presentando diversos fragmentos de fenómenos de pulsación: apagar y encender luces o enchufar desenchufar.

Por otro lado, cuando el bebé que lloraba era alimentado por Stanley, este nunca dejaba de llorar porque le dieran de comer. Para Stanley el acto de comer y de llorar, no se detenían, tenían que continuar.

Mahler lo explica a partir de la historia del sujeto. Desde los seis meses Stanley sufría una hernia inguinal, apareciendo de manera súbita fuertes dolores que le hacían llorar. El niño padeció estos dolores durante meses. Vivían, entonces, en casa de los abuelos maternos y la madre debía de impedir el llanto, en parte por el temor de que el lloro estrangulara la hernia inguinal, y en parte porque no había que molestar al abuelo que comenzaba a manifestar, en aquel momento, los efectos de una enfermedad mental.

De este modo la necesidad que Stanley tenía de llorar se vio impedida. Al mismo tiempo vomitaba mucho y a menudo se negaba a comer. Por lo que, ser alimentado por su madre y llorar mientras esto ocurría, parecían estar indisolublemente unidos en su memoria, configurando una experiencia única. Stanley insistía en que el bebé que lloraba fuera alimentado.

*“Por eso, parecía compelido, por así decirlo, a superar el trauma de la situación dolor-llanto y ser alimentado, sincrónicamente y no según las leyes de la causalidad. En esta reacción podemos observar una específica perturbación en el pensar y en el sentir, perturbación que deteriora a su vez la función represiva selectiva del yo”.*  
(Mahler, 1984. p. 165.).

Y como señala Laurent (1980), es en este momento, en el que Mahler estaría a punto de reconocer la eficacia propia de la estructura, cuando introduce la idea de una detención del desarrollo, apoyándose en las teorías de Piaget.

*“Stanley quedó parcialmente detenido en el desarrollo de la primitiva reversibilidad en el terreno de la acción (Piaget)”.* (Mahler, 1984. p. 165.).

Tras haber pronunciado unas pocas palabras en la segunda mitad de su primer año de vida, Stanley dejó de hablar. A partir de los tres años solía permanecer tumbado en el suelo mirando fijamente al vacío, sin mirar nunca. Aunque se aferraba a la madre lo hacía de un modo muy diferente al que lo haría un niño normal.

La madre de Stanley no tenía conciencia de la situación del hijo, fue con el inicio de la escolaridad, en la guardería que la patología no pudo negarse por más tiempo.

Desde el inicio de su tratamiento además del tema de la comida y el llanto, Stanley mostraba un especial interés por las cosas mecánicas, las máquinas. Un anuncio de cerveza hecho de un muñeco autómatas montado en una bicicleta, en continuo movimiento, le interesaba. Pedía a sus padres que le llevaran a ver “al hombre de la bicicleta”, los padres en general accedían. En una de estas visitas al hombre de la bicicleta antes de ir a sesión y en un estado de júbilo exclamó: “hoy el hombre de la bicicleta se paró... Este es el día más feliz de mi vida”. El hombre que se paraba y se detenía.

Como decíamos progresivamente los efectos de alternancia, que fascinan a Stanley, se hacen cada vez más presentes en las sesiones.

Había en el despacho un teléfono que sonaba cuando el siguiente paciente, que acudía a sesión, llamaba para entrar. Stanley solía entrar al despacho con los oídos tapados con las manos y cara angustiada mirando al teléfono con espanto y fascinación. Se preguntaba “¿Qué hará el teléfono de la pared cuando sea la hora?” A lo que la terapeuta respondía “Sonará”. Respondiendo Stanley “No sonará”.

La terapeuta le muestra, llevándole a la puerta, haciéndole tocar el timbre y escuchando el sonar del teléfono, la relación entre tocar el botón de llamada y el sonido del teléfono. Entonces, cuando Stanley se ve obligado a reconocer, que suena porque se aprieta el botón, dice: “Hoy no sonó tan fuerte porque él sabía que nosotros esperábamos su zumbido”. Que Mahler interpreta como la proyección de una espera ansiosa sobre una máquina sin vida.

Pero, que podemos pensar como una interrogación sobre el saber de la máquina, un tanto delirante.

El caso prosigue con algunos ejemplos más de elementos de alternancia. Pero lo importante de la demostración de Mahler, tan como lo plantea Laurent (1980), con el que acordamos, es que se ve en este caso cómo lejos de ser un caos, revela el funcionamiento de la estructura.

Porque si bien a Mahler le parece un caso en el que se verificaría, en los fenómenos de pulsación descriptos, una psicosis simbiótica típica, producto de no percibir a la madre como representante del mundo exterior. Desde la orientación lacaniana lo que se puede plantear es que solo hay simbiosis con el significante, que lo único materno con lo que el sujeto trabaja, esforzándose por encontrar su solución singular y un lugar en el mundo, es la lengua.

## **7. La psicosis en el niño según la enseñanza de Jacques Lacan**

### **7.1 Jacques Lacan**

En cierto modo Lacan, París 1901-1981, se presenta a sí mismo, cuando en la compilación de sus Escritos incluye un apartado que titula “De nuestros antecedentes” (Lacan, 1966g, p. 65.), en el que recuerda cómo fue su entrada en el psicoanálisis.

Médico y psiquiatra, había introducido en su tesis doctoral de psiquiatría, en 1932, “La psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (1980), el término “conocimiento paranoico”, resultante de un método de clínica exhaustivo, que tuvo un cierto eco entre el grupo de *Évolution psychiatrique* y en los medios surrealistas.

Pero, que él pone en el rastro de De Clérambault (1987), al que declara su único maestro en psiquiatría. Y cuyo automatismo mental, le parece en su manera de abordar el texto subjetivo más cercano a un análisis estructural que cualquier otro esfuerzo en la psiquiatría francesa.

Las elaboraciones de su tesis le condujeron a Freud, por la fidelidad a la envoltura formal del síntoma, por las reduplicaciones, que le conducían a la noción de estructura, y por la maquinaria del pasaje al acto, que vía la criminología berlinesa, desembocaba en Freud.

Y ya ahí escribe su escrito sobre “El estadio del espejo” (Lacan, 1966a), que presentó en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Marienbad, en 1936.

### **7.2 Lacan y las psicosis**

La puerta de entrada, del Lacan psiquiatra al psicoanálisis, se produjo entonces a partir de la psicosis. Pero, será, una vez ya comenzada su enseñanza, cuyo inicio él data en 1953, con su informe de Roma: “Función y campo de la palabra y del lenguaje en

psicoanálisis” (Lacan, 1966b), cuando encontraremos sus aportes fundamentales sobre las psicosis.

Principalmente en su tercer año de seminario, que dedica a la cuestión de “Las psicosis” (Lacan, 1981), explorando este campo, a partir de su tesis del inconsciente estructurado como un lenguaje (Laurent, 1989, p. 9.).

La reescritura de este seminario dará como producto su escrito: “De una Cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis” (Lacan, 1966e). En el cual a través de su tesis del inconsciente estructurado como un lenguaje, reducirá las leyes del inconsciente a las del lenguaje. Traduciendo de este modo los mecanismos freudianos del inconsciente: el desplazamiento y la condensación, en los lingüísticos de: metáfora y metonimia (Lacan, 1966d).

Estos dos mecanismos, le permiten cernir con mayor precisión los tres registros del acontecer humano: real, imaginario y simbólico, que articula desde el inicio de su enseñanza. Distinguiendo lo simbólico: el significante; de lo imaginario: la significación. Quedando lo real, en este momento de su enseñanza, como equivalente a la realidad.

Lacan tomará de Saussure (1995), lo simbólico como un conjunto diacrítico de elementos que toman su sentido de la articulación entre ellos, pero también lo transformará. El significante, para Lacan, no tiene como función expresar el significado. Sino que el significante es asemántico y es a partir de esta dimensión de sin sentido del significante que se produce la significación, en un segundo grado.

Es una enseñanza extraída de los equívocos, que aparecen en los sueños, bajo la forma de rebús, de jeroglíficos, y que para ello se apoyan en la dimensión de letra, es decir del puro significante, sin significación.

Esta conceptualización de lo simbólico le alentará a proponer una estructura del Edipo, distanciada del mito, bajo la fórmula de una metáfora, que en la época fue una

innovación radical: la metáfora paterna. Y al hacerlo, al formalizar el Edipo, como una metáfora, podrá, en el Post-scriptum de “De una cuestión preliminar...” (Lacan, 1966e), enunciar la tesis de la forclusión del nombre del padre, relacionada con la metáfora paterna.

*“Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple a saber la preclusión [Verwerfung] del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el defecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis”.* (Lacan, 1966e, p. 575.).

Es decir, propondrá como una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, la consideración del mecanismo causal de la estructura de la psicosis: La forclusión del nombre del padre. Que no estaba formulado como tal en su seminario, donde todavía no había construido la metáfora paterna.

Otra consideración lingüística tendrá un gran valor para Lacan en esta época. Durante el intervalo entre la enseñanza del seminario sobre las psicosis y la redacción del escrito que lo condensaba, Román Jakobson publicó su artículo “Los conmutadores, las categorías verbales y el verbo ruso” (1990), que Lacan lee y utiliza para formalizar la estructura de las frases interrumpidas que Dios enviaba a Schreber.

Jakobson, en este artículo, describe articulaciones en el uso normal de la palabra, y distingue, entre código y mensaje, y los lugares del emisor y el receptor. Si bien Lacan (1966b) ya había formulado la diferencia entre lenguaje y palabra. Siendo la función de la palabra la articulación de un sujeto con el campo del lenguaje, la separación entre código y mensaje, le dará acceso a separar y definir de manera más precisa, la función de la palabra y el lugar del lenguaje, permitiéndole deducir que la significación no es algo que exista de antemano, sino que es un efecto de significante.

Es desde esta perspectiva de la autonomía de lo simbólico, que preexiste al sujeto, y en el cual éste se tiene que incluir, donde la psicosis revela lo que queda oculto, reprimido,



para el sujeto neurótico, ya que en el caso de la psicosis la estructura queda a cielo abierto, viviendo el sujeto psicótico la injerencia del lenguaje, en su dimensión más intrusiva, bajo la forma de la alucinación. Ahí es donde la autonomía de lo simbólico y el automatismo mental de De Clérambault (1987) confluyen, y desde donde los fenómenos elementales de la psicosis podrán ser pensados como trastornos del lenguaje.

### 7.3 La metáfora paterna

Encontramos la primera mención por escrito del nombre del padre, en “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” (1966b), donde Lacan plantea que:

*“En el nombre del padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que, desde el albor de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley” (p. 278.).*

Subrayar como cada vez que Lacan alude al Nombre-del-Padre, alude a la tradición que este soporta, ya que este no es una invención del psicoanálisis, sino por el contrario la herencia de una cultura.

Será cinco años después, en el apartado IV: Por el lado de Schreber, del escrito “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1966e, p. 557.), donde Lacan dará forma a la que se conoce como la metáfora paterna.

Lo hace, en este apartado titulado: Por el lado de Schreber, porque lo que quiere es entrar en la subjetividad del delirio de Schreber. Recordando, como el momento de la redacción de este escrito es contemporáneo de su seminario “Las formaciones del inconsciente” (Lacan 1998), en él que ha explicado que una metáfora es la sustitución de un significante por otro, lo cual conlleva efectos de significación.

En la clase, del 15 de enero de 1958, de este seminario, se pregunta ¿Qué es el padre? No en la familia, sino en el complejo de Edipo, afirmando que ahí el padre no es un objeto real, sino que el padre simbólico “*Es esto - una metáfora*” (Lacan, 1998, p. 174.).

Tal como ha explicado esta afirmación Jacques-Alain Miller (2006), en primer lugar, el Nombre-del Padre es una metáfora de la presencia del padre. Como se comprueba en la clínica, el Nombre-del-Padre funciona muy bien en ausencia del padre. De manera tal, que hijos huérfanos de padre, que nunca lo conocieron, disponían del Nombre-del-Padre teniendo en ellos una fuerza mayor.

Entonces este nombre, que es el Nombre-del-padre, es en primer lugar metáfora de la presencia del padre, y en segundo lugar, tiene como función sustituir a la primera simbolización de la ausencia materna.

Se sabe la importancia que dio Freud, en su texto “Más allá del principio del placer” (1920/1984), al juego que su nieto de año y medio, realizaba cada vez que la madre de este se marchaba.

El bebé arrojaba los juguetes bajo su cuna y decía un fuerte y prolongado “Fooort” (se fue), era un carretel del que luego tiraba, jalaba, y cuando este aparecía de nuevo a su vista lo saludaba con un amistoso “Daaa” (aquí está). El niño repetía muchas veces el primer fonema y el segundo solo unas pocas veces, aunque era este el que más placer le causaba. La interpretación de Freud es que este juego apuntaba a la renuncia pulsional, a admitir sin protestas, el ver partir a su madre, y se resarcía de esta ausencia, escenificando con los objetos a su alcance este desaparecer y regresar. Siendo esta cadena de dos elementos, Fort-Da, estas primeras simbolizaciones, una simbolización de la ausencia materna.

Lacan, entonces, definirá la metáfora del Nombre-del Padre, de este modo, como: “*la metáfora que sustituye este Nombre en el lugar primeramente simbolizado por la operación de la ausencia de la madre*” (Lacan, 1966e, p. 557.).

Es decir, el nombre del padre tiene como función metaforizar el deseo de la madre. Es la sustitución de un significante por otro. El significante del Nombre del Padre sustituye al significante del Deseo de la Madre, este a su vez primeramente simbolizado por la operación de simbolización de la ausencia de la madre.

La sustitución de un significante por otro produce, como en toda metáfora un efecto de significación, que permitiría al sujeto identificar la causa del Deseo de la Madre.

#### 7.4 Verwerfung

La *Verwerfung*, como ya comentamos, es una modalidad de rechazo, siendo la *Verdrängung*: represión, la modalidad de rechazo en la neurosis y la *Verwerfung*, la modalidad del rechazo del inconsciente psicótico. Mecanismos sobre los que Lacan (1966f) funda las estructuras: psicótica (*Verwerfung*), y neurótica (*Verdrängung*).

Lacan trata de concebir una circunstancia de la posición subjetiva en la que, al llamado al Nombre-del-Padre, responda no la ausencia del padre real, que es absolutamente compatible con la presencia del significante, sino la carencia del significante mismo.

Y extrae, de los textos Freud, sobre “Las neuropsicosis de defensa” (1894/1976), que ya fueron expuestos, pero especialmente del historial del hombre de los lobos (1918/1986), el término de *Verwerfung*, forclusión. Mecanismo fundante de la estructura psicótica, que daría cuenta, en los fenómenos de la psicosis, de cómo frente al llamado al Nombre del Padre “*puede responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica*” (Lacan, 1966e, p. 558.).

Cuando la operación significante no tiene lugar, se puede comprobar en la clínica el sentimiento que tiene el sujeto de que hay una significación que le concierne, que no sabe decir cuál es, pero tiene la certeza de que le incumbe.

Es el efecto de la forclusión de la significación correlativo de la forclusión del Nombre del Padre. Y lo que encontramos es que se produce en el sujeto un grado de certeza proporcional a la dimensión de enigma de este vacío, de significación.

*“Se trata de hecho de un efecto de significante, por cuanto su grado de certidumbre toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta en el lugar mismo de la significación”* (Lacan, 1966e, p. 538.).

Esta proporción, este peso proporcional, entre vacío enigmático y grado de certidumbre fue reconsiderado por Jacques-Alain Miller (1997), en la Conversación de Angers, introduciendo en las relaciones entre vacío y certeza una secuencia temporal, que para algunos sujetos puede ir desde el enigma inicial -en el desencadenamiento psicótico-, a la perplejidad, de la angustia al acto y de ahí a la certeza.

## **7.5 El contexto de los años cincuenta**

El contexto en el que Lacan dicta su seminario sobre las psicosis y escribe su escrito, en los años cincuenta, es el de la fascinación del movimiento analítico por los descubrimientos de Melanie Klein y su Escuela. Como vimos, Klein (1930a/2006a) no se detuvo frente a la prohibición freudiana de no atender pacientes psicóticos, debido a la dificultad de su modalidad transferencial.

Klein (1930a/2006a) muestra como la transferencia psicótica se funda en el analista, como el lugar de los objetos fragmentados, que sitúa en la madre como continente. Una transferencia por tanto que no estaba basada en el amor al padre, sino a la madre. Dos de sus alumnos, Wilfred Bion (1962) (1967) y Herbert A. Rosenfeld (1958) (1965), publican en aquella década textos de análisis de sujetos psicóticos con resultados terapéuticos. Siendo la esperanza, en el movimiento analítico, de aquel momento, la de conseguir resultados terapéuticos abandonando la consideración del Edipo freudiano.

Lacan en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1966e) al situar la forclusión del Nombre del Padre, y el fracaso de la metáfora paterna, como condiciones estructurales de la psicosis, se dotará de una teoría del desencadenamiento en la psicosis:

*“Para que la psicosis se desencadene es necesario, que el nombre del padre, verworfen, forcluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto”* (Lacan, 1966e, p. 577.).

Al mismo tiempo que verificará la imposibilidad de interpretar a la psicosis desde este lugar del Nombre-del-Padre, por lo que era necesario encontrar otra vía. No era una propuesta nostálgica o conservadora. Su retorno a Freud apuntaba a señalar que no era la misma perspectiva la centrada en la subjetivación paterna o la centrada en el objeto materno como primordial.

La elaboración de la metáfora paterna le permitirá, también, distanciarse de la interpretación freudiana de la paranoia de Schreber como un modo de defensa frente a su homosexualidad inconsciente. Lacan separará la cuestión de la homosexualidad inconsciente, que Freud relacionaba con el padre, del empuje de Schreber a convertirse en mujer, negando que fuese un asunto de megalomanía.

La nueva tesis que propone Lacan (1966e), es que la solución schreberiana es el intento de encontrar una manera de definir el goce de una mujer, más allá del instrumento del que provee el padre, es decir, de la significación fálica, con la que el psicótico no cuenta.

Toda la problemática de Schreber es que se encuentra, como hemos dicho, frente a un vacío de significación: No encuentra una significación que dé cuenta del deseo materno, ni del goce de una mujer, siendo su problemática elaborar la posición femenina más allá de la significación fálica. Esta vía de la solución singular de Schreber es la que seguirá Lacan en sus indagaciones.

## **7.6 Lacan y las psicosis en el niño**

Sin embargo hay una falta notable en las elaboraciones de Lacan de esta época sobre la psicosis. No hay referencias a las psicosis infantiles (Laurent, 1989). A pesar de ello, a lo largo de su enseñanza realizó intervenciones fulgurantes, pero extremadamente limitadas, que han subvertido el abordaje de las psicosis, y de las psicosis en el niño (Laurent, 1983).

Dos de estas intervenciones fulgurantes de Lacan tienen lugar en los años sesenta, son la “Alocución sobre la psicosis en el niño” (2001b) y la “Nota sobre el niño” (2001c).

Estos dos textos como señala Laurent (2002) marcan un giro en la enseñanza de Lacan sobre el niño, que será pensado en su estatuto de objeto, y abordado en esta época, a partir de la lógica del fantasma, especialmente del materno.

## **7.7 Alocución sobre las psicosis en el niño (2001b)**

En octubre de 1967 Lacan clausura el Congreso de la infancia alienada, organizado por Maud Mannoni, en el que también estuvieron presentes Ronald D. Laing y Donald Cooper. Un año más tarde reescribirá su alocución de clausura a la que dará forma de escrito (2001b).

Lacan (2001b) comienza criticando los postulados de la antipsiquiatría, que afirmaba que el loco era el chivo expiatorio de la sociedad, quien con su locura cuestionaba el orden social burgués. Sugiriendo que esta práctica lleva en sí misma su límite.

Planteando, a partir de ahí, lo que considera el problema más candente de nuestra época: el cuestionamiento de todas las estructuras sociales, por el progreso de la ciencia, con las secuelas, cada vez más apremiantes de segregación, que este avance producirá.

La segregación a la que se refiere Lacan, es una segregación muy diferente de la denunciada por el movimiento de antipsiquiatría, que situaba al loco como el objeto

segregado del orden burgués. La segregación que Lacan denuncia, es la producida por la distancia, en aumento y cada vez mayor en nuestra época, de los sujetos en relación a su propio goce. Lo que podríamos definir como la cada vez más laxa relación del ideal con la culpa. El sujeto contemporáneo cada vez más distante de sí mismo, del núcleo de su ser.

Lacan habla del ser para la muerte, del ser para el sexo, cuestiones elididas en el Congreso y segregadas hoy en día. Afirmando que el valor del psicoanálisis es operar sobre el fantasma, que es el que da a la realidad su marco.

Hace algunos señalamientos sobre el niño, cuando al criticar la concepción de lo preverbal de la ponencia de Sami Ali, en el congreso, afirma que, cuando un niño se tapa los oídos ante algo que se está hablando, ya está en lo postverbal, puesto que se protege del verbo. Y plantea que lo que oculta el fantasma de armonía madre niño, que dice inunda el campo del psicoanálisis de los años sesenta, es la dimensión del objeto del fantasma, que por definición se sustrae a toda captura exacta. Siendo lo delicado, e indeseable, que sea el cuerpo del niño el que responda ocupando esta posición de objeto del fantasma.

### **7.8 La nota sobre el niño (2001c)**

La “Nota sobre el niño” (2001c) es una carta que dirige Lacan a una amiga, Jenny Aubry, gran dama de la psiquiatría francesa de la época, que fue la primera mujer jefe de un servicio de psiquiatría infantil. Ella puso en pie un sistema de acogida para niños psicóticos. A partir de un momento había dejado de seguir la enseñanza de Lacan, y él en esta nota le explica lo que está elaborando en ese momento en su seminario.

Es en este marco, de reflexiones prácticas, para orientarse en los cuidados a dar a los niños, que Aubry se dirige a Lacan preguntándole si lo que ella hace puede servir. Lacan va a responderle, tomando en cuenta los obstáculos para dirigirse al niño y para incluirlo en el dispositivo analítico.

Lacan comienza la nota con una reflexión sobre la familia que no es ajena a las convulsiones de la época. Las conclusiones que extrae son indisociables de aquel momento histórico, en el que también viene a inscribirse el proyecto de Madame Aubry.

Se interroga sobre el fracaso de las utopías comunitarias que emergieron durante los años sesenta, Israel, Rusia...etc. muchas de las cuales propusieron la disolución de la familia y en ese sentido fueron un fracaso. Para Lacan la familia conyugal tiene una dimensión de resto. Es decir, de forma residual, porque permanece y porque sostiene en la evolución de la sociedad lo irreductible de una transmisión.

La familia es entonces el lugar de una transmisión, diferente de la pura satisfacción de las necesidades, relacionada con la transmisión de un deseo. Para que este deseo no sea anónimo ha de llevar la marca de un interés de la madre, articulado a sus propias carencias, y del padre, que debe de encarnar una relación de la Ley en el deseo.

Tal como lo ha planteado M. H. Brousse (1995), Lacan, en este momento de su enseñanza, llama al síntoma, una constitución subjetiva, y lo entiende como una definición del sujeto. De ahí que si la familia es el lugar de una transmisión, sea el lugar privilegiado de la transmisión del síntoma. De ahí que Lacan establezca en esta nota una división en la sintomatología infantil.

Propone dos grandes clases de síntomas, los que están relacionados con la pareja conyugal y los síntomas que se inscriben en la relación dual madre niño. Miller (2005).

Planteando que el síntoma del niño es más complejo si se debe a la pareja, pero por eso mismo más abierto a las intervenciones del analista. Cuando el síntoma proviene de la articulación de la pareja padre-madre, está plenamente articulado con la metáfora paterna, plenamente atrapado en la serie posible de sustituciones. Por consiguiente las intervenciones del analista pueden alargar el circuito y hacer que esas sustituciones se desarrollen.



En el segundo caso, por el contrario, el síntoma es más simple, si esencialmente se deriva del fantasma de la madre, pero además es un síntoma que se presenta como un real indiferente al esfuerzo por movilizarlo mediante lo simbólico.

La nota es un texto muy pequeño, de apenas dos hojas, pero es una verdadera exploración clínica sobre el deseo de la madre, y sus efectos sobre las tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, llena de matices clínicos.

## **7.9 Una perla de los años setenta**

Los años setenta se caracterizan por el interés de Lacan sobre el síntoma. Dedicará su curso del seminario 1975-1976 (2005) a indagar las razones por las que James Joyce no desencadenó una psicosis gracias a la producción de su obra literaria.

Un mes antes del comienzo del seminario, el 4 de octubre de 1975, es invitado a dar una conferencia en el Centro Raymond de Saussure, en el marco de un fin de semana de trabajo organizado por la Sociedad Suiza de Psicoanálisis. La conferencia fue anunciada con el título: El síntoma (Lacan, 1975a/1988).

Lacan hablará en esta conferencia del síntoma y ubica a la infancia como el momento en el que se precipita lo que van a constituir los síntomas, y dice:

*“Los padres modelan al sujeto en esa función que titulé como simbolismo. Lo que quiere decir, estrictamente, no que el niño sea el principio de un símbolo, sino que la manera en la que le ha sido instilado un modo de hablar, no puede sino llevar la marca del modo bajo el que le aceptaron los padres” (1975a/1988, p.124.)*

Es decir, plantea que hablar no es algo que se enseña, sino que se instila, se inculca, y lleva la marca bajo la cual uno fue aceptado o no por el Otro.

Esta afirmación de la conferencia será retomada en el coloquio posterior por el Dr. Cramer, quien pregunta a Lacan: Qué es lo que hace que un niño sea receptivo a un orden

simbólico, que le enseña la madre o que le aporta la madre. La pregunta le surge al pensar en los autistas, con los que él trabaja.

*Lacan — Como el nombre lo indica, los autistas se escuchan ellos mismos. Escuchan muchas cosas. Eso desemboca incluso normalmente en la alucinación, y la alucinación tiene siempre un carácter más o menos vocal. Todos los autistas no escuchan voces, pero articulan muchas cosas y se trata justamente de ver precisamente dónde escucharon lo que articulan. ¿Usted ve autistas?*

Dr. Cramer — Sí.

[...]

Dr. Cramer — Pero también nos cuesta trabajo escucharlos. Su lenguaje sigue siendo algo cerrado.

— *Es muy precisamente lo que hace que no los escuchemos. El hecho de que ellos no nos escuchan. Pero, finalmente sin duda hay algo para decirles.*

— Mi pregunta apuntaba un poco más lejos. ¿Acaso lo simbólico — y aquí utilizaré un cortocircuito — eso se aprende? ¿Existe algo en nosotros desde el nacimiento que hace que estemos preparados para lo simbólico, para recibir precisamente el mensaje simbólico, para integrarlo?

— *Todo lo que dije lo implicaba. Se trata de saber por qué hay algo en el autista, o en el llamado esquizofrénico, que se congela, podría decirse. Pero usted no puede decir que no habla. Que usted tenga dificultad para escucharlo, para dar su alcance a lo que dicen, no impide que se trate, finalmente, de personajes más bien verbosos.*

(Lacan, 1975a/1988, p. 134.)

Es casi paradójico el punto de vista de Lacan, en su respuesta al Dr. Cramer, cuando le dice Usted no puede decir que los autistas no hablan. Lo cual es cierto, a pesar de su

mutismo. Podemos decir que están en el lenguaje, hasta llegar a ser personajes más bien verbosos.

Muchas de las indicaciones que Lacan aporta en esta respuesta han sido objeto de investigación por parte de Jean-Claude Maleval, quien las ha desarrollado en su artículo “Más bien verbosos: Los autistas” (2007).

Maleval (2007), apoyándose en las teorizaciones de Miller (1994) sobre la voz, propone que si bien la representación más común del niño autista, hace de él un sujeto mutista, esto descansa sobre una cierta carencia enunciativa que determina esta patología. Y cuando el autista busca comunicar de manera tal que no pone en juego ni su goce vocal, ni su presencia, ni sus afectos. Lo hace de manera verbosa.

Dando una larga serie de ejemplos, extraídos de los testimonios publicados de autistas de alto nivel, afirma que la verbosidad del autista no es como se podría suponer goce solitario de la voz, sino que por el contrario trabaja para ponerlo a distancia, pues horroriza al sujeto.

La voz en tanto que objeto pulsional no es tan solo sonoridad de la palabra, sino que comporta la presencia del sujeto en su decir. Nada es más desgarrador para el niño autista

Que colocarse como sujeto de la enunciación. Que solo realizan en el colmo de la angustia.

Si durante la década de los ochenta fueron Rosine y Robert Lefort quienes aplicaron a la clínica del autismo y las psicosis infantiles las enseñanzas de Lacan.

Podemos decir que en los últimos quince años han sido Eric Laurent (2012) y Jean Claude Maleval (2009) (2012) (2015), apoyados en la enseñanza de Lacan y en las elaboraciones de Jaques-Alain Miller, quienes han realizado los aportes más centrales sobre el tema.

## **8. Los Lefort**

### **8.1 Los Lefort**

Es así como se conocía coloquialmente en el Campo freudiano a Rosine y Robert Lefort. Ambos tuvieron un lugar central en el psicoanálisis con niños, especialmente con niños autistas y psicóticos. Alumnos de Lacan, comenzaron su trabajo psicoanalítico en instituciones dedicadas a la infancia alienada.

Fue en una institución llamada Parent Rosan donde Rosine atendió, orientada por Lacan (1975b), a Roberto, y también a Nadia y Marie Françoise, cuyos tratamientos, quedan reflejados en sus libros: “Naissance de l'Autre” (1980) y “Les structures de la psychose: L'enfant au loup et le président” (1988). Con ellos sorprendieron a la comunidad analítica, al cuestionar el dogma según el cual lo simbólico está ya ahí, de entrada. Asimismo anticiparon el cambio de paradigma que iba a tener lugar en el enfoque de las psicosis del niño (Laurent, p. 40.)

Murieron con una semana de diferencia, siempre inseparables, el 13 y el 25 de febrero de 2007.

### **8.2 El caso Roberto**

Para los psicoanalistas lacanianos el caso Roberto es un caso celebre. Conocido, en primer lugar, porque Lacan (1975b) invitó a Rosine Lefort a presentarlo en su seminario y le dedicó íntegramente una de sus clases, realizando un comentario imprescindible sobre el caso, que varias generaciones de analistas han utilizado en su formación.

Los mismos Lefort hicieron múltiples comentarios del caso, de manera continuada a lo largo del tiempo, especialmente, tras la publicación de su libro: “El Nacimiento del Otro” (1980), dedicado al psicoanálisis de dos niñas muy pequeñas: Nadia y Marie-Françoise, y

tras la fundación junto con Eric Laurent, Judith Miller y Jacques-Alain Miller del CEREDA (Centro de Estudios e Investigaciones sobre el niño en el Discurso Analítico) en 1983, a partir del principio: El niño es un sujeto analizante de pleno derecho.

Encontramos a partir de estas fechas muchos artículos dedicados a aspectos parciales del caso del niño Lobo, realizados por los mismos Lefort. Algunos de ellos consecuencia de conferencias celebradas en España. Encuentros que tuvieron lugar en Vigo y Santiago (1984), Bilbao (1987) y Barcelona (1986). Todos ellos dedicados al psicoanálisis con niños y la psicosis, en las que también reflexionaron sobre el caso de Roberto: El niño lobo.

Rosine Lefort atendió a estos niños al comienzo de los años cincuenta, y solo muchos años después, en los años ochenta, la experiencia de estos casos tomó la forma de libros. Lo señalo porque, en concreto el caso de Roberto, el niño Lobo, fue un tratamiento realizado durante un año, desde diciembre de 1951 hasta noviembre de 1952, es decir, antes de 1953, año en el que podemos fechar el comienzo de la enseñanza de Lacan (1966b).

Esto es importante porque Rosine Lefort (2014) no disponía de los conceptos que Lacan elaborará en su enseñanza. De lo que si disponía era de su análisis con el propio Lacan. En el cual ella ocupaba, dice, una posición de objeto resto, que era el de su posición en la familia, lo que le llevaba a un terror, frente a un agujero, alrededor del cual no podía poner palabra alguna en su análisis (p. 22.), estado que más tarde encontró en los niños.

El análisis con Lacan le permitió invertir esta posición posibilitándole asumir ese mismo lugar en el análisis con los niños, en los tratamientos de aquella época de los que dirá formaban parte de su trayecto analítico.

El caso del niño Lobo es el único de estos niños, dice Rosine, del que Lacan supo. Al parecer por las notas que ella le dio por escrito, durante las últimas sesiones de su propio análisis. Entonces un tiempo después de finalizarse el tratamiento del niño lobo, Lacan le invita a presentarlo en su seminario (1975b), cosa que hizo el 10 de marzo de 1954.

Es curioso, porque al inicio de esta clase de su seminario, Lacan plantea que siempre lo que se ve mejor en una experiencia es lo que está a cierta distancia. Y a los Lefort, cosa que dice Robert: *“nos han sido preciso un buen número de años antes de lanzarnos verdaderamente a ilustrar lo que Lacan aportó mediante casos clínicos”* (Lefort & Lefort, 1986, p. 18.).

Porque fue casi treinta años después de la presentación del caso en el seminario de Lacan, cuando pudieron escribir el libro *“Las estructuras de la psicosis”* (Lefort & Lefort, 1988) sobre el caso del niño Lobo. Este es un libro de seiscientas páginas en el que están detalladas de manera muy minuciosa todas las sesiones del año de tratamiento de Roberto, en el que realizan una elaboración teórica sobre él, comparándolo con el Presidente Schreber. Y esta vez sí, a partir de la enseñanza de Lacan. *“Hemos tenido que pensar desde Lacan, inevitablemente, para comprender lo que ocurría con estos niños”* (Lefort & Lefort, 1984, p. 8.).

En septiembre de 1953, es decir unos pocos meses antes del inicio de su Seminario I, *“Los escritos técnicos de Freud”* (Lacan, 1975b), –éste en el Rosine presentará el caso del niño lobo-, Lacan sitúa, en su Escrito *“Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”* (1966b), con el que se inicia su enseñanza, tres campos límites de la experiencia psicoanalítica: El psicoanálisis con niños, el campo de experiencia con la psicosis y la formación del psicoanalista, en concreto la problemática del final de análisis. A los que califica de fronteras, indicando que por eso mismo su experiencia está animada de una gran vitalidad.

El punto común que Lacan situaba para estos tres campos era la tentación que se le presenta al analista de abandonar el fundamento de la palabra, y eso precisamente en terrenos donde su uso confina con lo inefable. Proponiendo para no extraviarse una vuelta al estudio de aquello en lo que el psicoanalista debería ser maestro, el de las funciones de la palabra.

Y entonces no es casual, la invitación que Lacan realiza a Rosine, después de que él mismo comentara el caso Dick de Melanie Klein, como hemos visto anteriormente. No es casual, porque como sabemos, encontramos entrecruzados en este caso estos tres puntos límite: El psicoanálisis con niños, la psicosis y la experiencia del final de análisis, fronteras del psicoanálisis mismo.

Estos tres puntos se articulan, en relación a Roberto el niño lobo.

### 8.3 Roberto

El día de Navidad de 1951, Rosine ve a Roberto por primera vez. Había llegado la víspera a Parent Rosan, una institución pública de acogida temporal para niños de uno a cuatro años, que formaba parte del servicio de Jenny Aubry. Roberto había sido abandonado legalmente y era enviado por la Asistencia pública, del que dependía en tanto “pupilo”, para una evaluación y un diagnóstico, en vista de su internamiento al hospital psiquiátrico de Perray-Vaucluse.

*“Le vi en el lazareto en el que tenía a los niños en observación, al mismo título que a los otros, lo que explica que no me ocupara de él aisladamente en un primer momento. En un segundo tiempo me veré forzada, para proseguir su observación, a verle solo”* (Lefort, & Lefort, 1988, p. 15.).

Rosine (1988) no le puede ver solo, porque como las enfermeras le advierten: *“¡llegó ayer a la tarde, y después, fue el infierno en el lazareto!”* (p. 15.). ¿Cuál es el infierno que un pequeño puede crear? Se pregunta ¿Y en qué infierno estaba él mismo?

Roberto era un niño abandonado y también sin historia, ya que si bien el hospital transmite un fichero médico no transmite una historia (Lefort, & Lefort, 1984a). Su historia pudo ser reconstruida bajo transferencia, *“trabajosamente y si los traumatismos sufridos*

*pudieron conocerse fue, sobre todo, gracias al material aportado en las sesiones” (Lacan, 1975b, p. 107.).*

Había tenido una madre paranoica, que lo tuvo consigo hasta los cinco meses, errando de casa en casa, desatendiendo los cuidados esenciales, no dándole de comer. Se le hospitalizó con cinco meses porque estuvo a punto de morir de hambre. Apenas hospitalizado, fue operado del oído, y enviado a otro hospital, al Paul Parquet, donde a causa de su anorexia fue alimentado con sonda. A los nueve meses es devuelto a la fuerza a su madre, pasa dos meses con ella y de nuevo es hospitalizado en un marcado estado de desnutrición.

Desde esa época, a los tres años y nueve meses, habrá una sucesión de cambios de residencia, hasta veinticinco, de casa en casa, de cuna en cuna, de hospital en hospital, antes de llegar al servicio, donde encuentra a Rosine, al que se pedía un diagnóstico preciso para este niño antes de ponerle en el asilo para siempre. Porque como recordaba Rosine, cuando se entra en un asilo con cuatro años, ya no se puede salir.

Cuando lo encuentra, Rosine (1988) lo describe como un niño bastante grande para su edad, tenía tres años y nueve meses, de estatura agradable, delgado y robusto. Tendría una bonita figura alargada, si no tuviera prognatismo. Cabellos marrones, brillantes. Ojos castaños, estrechos, pero largos y muy hundidos bajo el arco ciliar; son curiosos, sin llegar a definir porque. Nariz corta, delgada, pero alta entre los ojos, lo que le da una expresión extraña, sin cruz entre frente y nariz. Anda bastante mal contorneándose. Verdaderamente no habla. No dice más que muy pocas palabras, mal articuladas, siempre grita y no hace ninguna frase. (Lefort, & Lefort, 1988, p. 16.).

Este niño, que describe al detalle, convierte el lazareto en un infierno. Es extremadamente agitado, su inestabilidad es constante, no puede permanecer ni un segundo inmóvil. Desde que entra en el lazareto le interpela repetidamente a ella y también a la



enfermera: “madame” (Lefort, & Lefort, 1988, p. 16.), de forma violenta, imperativa, con voz brusca y con gritos estridentes. En una ocasión ve un juguete que esta por tierra, me lo tiende y me lo retira cuando lo voy a coger, lo que le hace reír.

Hay dos cosas que Robert no puede soportar: Escuchar gritar a otro niño, precipitándose entonces sobre el que grita gritando más fuerte. Y que la puerta este abierta (Voz y agujero). No sabe andar, solo corre. No habla solo grita. Sus únicas palabras son la mencionada “madame” y “si-no”. No un “si” y un “no”, sino un “si-no”, todo junto, sin intervalo, holofraseado. Sus ojos que mueve incesantemente están animados por una mirada loca. Abre y cierra las puertas; y apaga y enciende la luz. Asimismo se pone muy celoso cuando ve a Rosine con otros niños. (Lefort, & Lefort, 1988, p. 19.).

Rosine Lefort (1988) dice que este “madame” que él gritaba continuamente, en algunos momentos él lo era. El hacía de señora, encarnaba la señora. Y si un niño lloraba en el dormitorio, iba corriendo hacia él como si fuera un adulto, enfadado, como si fuese a pegarle. Cuando dos niños reñían él hacía de “madame” separando a los niños y castigándolos. Era lo único que sabía hacer y su única palabra era esta señora. Aparte de esto él en tanto niño, que tenía un nombre: Roberto, no existía. Ignoraba su nombre y no respondía a él. Su única existencia era esa palabra “madame”.

Si bien también su existencia estaba ligada al hecho de que tenía puesta la bata de la asistencia pública, si se la querían quitar, al irse a acostar, o si esta se enganchaba o se quedaba sin ella, enloquecía. Le quitaban su piel y la vida (Lefort, & Lefort, 1984a. p. 86.).

Este niño había conocido a un número increíble de mujeres que se habían encargado de él. Dadas las condiciones de servicio de las enfermeras, y los múltiples cambios de lugares, lo cual fue una locura. Lo único que sabía de ellas es que todas se llamaban “madame”. Esa “madame” él la puso, la integró en su cuerpo, él era esa “madame”. (1984a, pp. 86-87).

Rosine cuenta como progresivamente encuentra a Roberto más inteligente y menos incoherente. Es decir progresivamente detrás del conjunto de fenómenos caóticos, violentos, cercanos al cuerpo, llenos de desorden que relata, ella supone una lógica. No toma la opción de creer que es solo un desorden a corregir, o una provocación. Ella supone que responden a una lógica, es decir, supone, apuesta, por un sujeto. (Lefort, & Lefort, 1988, p. 18.)

Es lo que dice en su comentario a estas primeras sesiones llamadas de observación, cuando señala que no hay clínica psicoanalítica de observación. Solo hay clínica psicoanalítica bajo transferencia, es decir la que incluye el deseo del Otro, en este caso al analista y su deseo. Correlacionándolo con el “modo de presencia” del analista a ofertar efectivamente, o no, a Roberto (Lefort, & Lefort, 1988, p. 33.).

Para Rosine Lefort la instauración de la transferencia va absolutamente ligada al deseo del analista y en su caso al modo de oferta de su presencia. Que como ella explica era una posición virgen de toda comprensión, en la que espontáneamente ocupó el lugar de “secretaria del alienado”, que Lacan (1981, p. 233.) desea para el analista en estos casos.

Según cuenta Robert Lefort, Lacan decía de ella que “ça collait”, que se adaptaba (Lefort, 2014), que su posición era de absoluta sumisión a las posiciones subjetivas del paciente. Se plegaba para entender esa lógica. Es decir permitir dejar pasar lo que estos niños muy pequeños tenían para decir en sus actos.

Es así como comenzó a encontrarse con Roberto, y brevemente, en un segundo tiempo, cuando la observación se hace imposible con los otros niños y decide hacerla en la sala de tratamientos, ahí ella perdió, comenzando a verle solo.

Al final de esta fase preliminar, tras una sesión sale a toda velocidad y desde lo alto de la escalera que no sabe bajar solo, Rosine le oye decir, en un tono patético, con una tonalidad muy baja que no le era habitual, “Mama” mirando al vacío.

Tenemos entonces en este primer momento los significantes: “madame”, “si-no” y “Mama”. “Madame” no es un significante que permita representar al sujeto para un Otro. Él como plantea Miller (2010, p. 30.), lo real-liza, lo encarna actuándolo. Es el significante de las señoras, que estaban siempre ahí, de la toda presencia. Y el “Mama”, el de una toda ausencia. El nombre de un agujero en lo real, es el significante de la pérdida real de la presencia (Soler, 1989). Comparten el mismo registro que la holofrase “si-no”.

Si existiera el “no”, como función, sería la posibilidad de una negatividad en el enunciado, ya que lo propio de lo simbólico es hacer ausente lo presente y presente lo ausente. Pero esto no ocurre. Ninguna de estas palabras logra simbolizar una ausencia, o hacer presente lo ausente. Tienen una dimensión real, son significantes en lo real. Donde el Otro es también una presencia Real, sin falta, en la que no es posible alojarse. Este es el Otro –real- con el que se las tiene que ver Roberto.

Y sabemos que no hay falta en lo real. Pero como lo ha señalado Miller (2010), se podría decir que el punto de partida de nuestra consideración teórica del caso es que la estructura del significante funciona. Es decir que la estructura del lenguaje implica la introducción de una negatividad. Y Roberto está en relación con esta exigencia de una pérdida y de una caída. Pero no, como he dicho mediante la simbolización de una falta, de una ausencia. Sino que, como lo he planteado antes, él real-liza, lo simbólico, lo encarna actuándolo.

Por eso lo que vamos a encontrar, en este caso, es la problemática de la falta (simbólica) que no está. Por esta razón Roberto tiene al inicio, frente a las puertas, o las luces, esta dimensión de pulsación, efecto del lenguaje. Idéntica al si-no, en la que al no haber intervalo, la negatividad va a aparecer como agujero, al lado. Esa es su relación al lenguaje. No hay cadena, o está holofraseada; son significantes reales y el agujero está al lado.

Esto es lo que vemos también de inicio, Roberto va con un cubo, y hace pasar pequeños objetos del bolsillo de Rosine al cubo. Papeles, lápices, galletas... etc. es decir, que realiza una investigación por los orificios del Otro, y él se hace acompañar por este cubo, que también es un agujero. Y los hace circular discretamente de inicio de uno a otros agujeros.

Lacan, en su seminario sobre “L’*éthique de la psychanalyse*” (Lacan, 1986, p. 146.), dice que el vaso del alfarero es la envoltura de un vacío. Hemos visto como Roberto arroja significantes a un vacío que carece de borde, que no es la simbolización de una ausencia, sino un agujero real.

Vemos en muchos casos el pánico frente al agujero. El hecho de defecar enfrenta a algunos niños al agujero, por donde desaparecen las heces, que son vivenciadas en ocasiones como una prolongación del cuerpo. En el caso de Roberto esto le ocurría, cuando le desnudaban, o cuando en alguna ocasión le quitaron su delantal porque este se engancha con el radiador, Rosine plantea que es como si le quietaran la piel. Es decir, el cuerpo no tiene su envoltura. La superficie del cuerpo la hacen los bordes del agujero. Y Roberto tiene el agujero en su dimensión abrupta, real. De ahí su obsesión inicial frente a las puertas que de manera pulsional él abre y cierra.

Sin embargo lo que Rosine subraya de estas primeras sesiones es “*que Roberto no se atrevía a acercarse al biberón, o que apenas se le acercaba, soplándole encima*” (Lacan, 1975b, p. 109.). Roberto en las sesiones creaba un vacío alrededor del biberón.

Los Lefort (1984b, p. 199.) piensan este hecho a partir de la formulación de Lacan que encontramos en la clínica: Cuando las cosas transcurren con normalidad, el corte, en relación con el primer objeto de la madre, pasa entre la madre y el pecho, y este pertenece al niño. Si el corte se realiza entre el pecho y el niño, es decir, si es la madre la que se queda con el pecho, el niño se encuentra ante un cuerpo entero en el que no puede tomar nada para sí

mismo. En el caso de Roberto, el niño del lobo, se demuestra que la caída del objeto a en él se ha vuelto imposible.

El objeto para Roberto es el biberón, que él no nombra y que jamás nombrará. En estas sesiones iniciales al distinguir el biberón del resto de los objetos, manifiesta la erección de un Uno (Miller, 2010, p. 28.).

Y es a partir de este Uno, que de manera correlativa, el lenguaje le impone una pérdida. Y para Roberto funciona una necesidad que es de orden simbólico, una pérdida, de un corte, bajo la exigencia y la llamada a introducir un menos en lo real del cuerpo. Intentando entonces, una noche al ir a acostarse mutilarse el pene, con unas tijeras de plástico. Y Miller (2010, p. 29.) plantea que lo que connota verdaderamente el inicio del tratamiento es la entrada en función de este menos que intenta inscribirse en el cuerpo.

#### **8.4 ¡El lobo El lobo!**

A penas el dispositivo del tratamiento está en marcha después de la tentativa de mutilación, vamos a ver este menos declinarse en lo real.

Inmediatamente Roberto va a ir al encuentro de un agujero real, el del W.C., que no estaba en la sala y allí va a aparecer el significante “lobo”.

La escena en la que esto ocurre es la siguiente: Al salir de la sesión y bajar las escaleras camino de la guardería Roberto se precipita al lugar donde se guardaban los orinales de todos los niños. Coge uno y hace pis en ese orinal. Aterrado le enseña a Rosine el agujero del W.C. donde se debía vaciar el pis, al mismo tiempo que grita: ¡El lobo! ¡El lobo!

Podemos entender tanto la mutilación como la emergencia de este significante nuevo, como un esfuerzo por vaciar el agujero, por proveerlo de un borde. Porque al agujero en lo real no le falta nada, y en ese sentido es abrupto y carece de marco, de borde. Es diferente del vacío que constituye el vaso, ya que esencialmente este tiene un borde.

Los Lefort (1987, p. 22.) plantearán que el lobo es una formación psicótica de la transferencia. Y afirmaran que “con ese “lobo” Roberto deja de ser pura pasividad en su cuerpo, pues hasta ese momento no era más que el significante “madame” sin cuerpo. El significante “lobo”, él llega a serlo con su cuerpo enterito (Lefort, 984c, p. 49.).

Es decir, a partir de este vaciamiento del agujero (del Otro), paralelamente Roberto se construye un cuerpo (Miller, 2010, p. 32.).

### **8.5 Lo que Lacan dijo de ¡el lobo!**

Lacan (1975b) plantea que el lobo plantea todos los problemas del simbolismo: no es una función delimitable, ya que debemos buscar su origen en una simbolización general. Y lo califica en Roberto como “*un fenómeno tan elemental*” (p. 118.).

Y se refiriéndose a su origen, se refiere al superyó, del que dice es, simultáneamente la ley y su destrucción. En esto es la palabra misma, el mandamiento de la ley, puesto que solo queda su raíz. La totalidad de la ley se reduce a algo que ni siquiera puede expresarse,..., que es una palabra privada de sentido (Lacan, 1975b, p. 119.).

Percibimos encarnada, en este caso privilegiado, esta función del lenguaje, la palpamos en su forma más reducida, reducida a una palabra – cuyo sentido y alcance para el niño no somos capaces de definir- pero que, sin embargo lo enlaza con la comunidad humana. (Lacan, 1975b, p. 119.). Es el significante de la transferencia, que le permite establecer el dialogo. El lazo al Otro, instauraría el lazo con la comunidad humana.

Y Lacan subraya como lo admirable es como después de una escena que Rosine Lefort describe desaparece el uso de la palabra ¡El lobo!, de la que Lacan dice es “*la palabra reducida a su médula*” (1975b, p. 121.).

Esta médula de la palabra, de la que habla Lacan, recuerda a los testimonios de los Analistas de la Escuela, aquellos que, en su testimonio en el dispositivo del pase, pueden dar

cuenta, testimoniar, de lo que resta de la elucubración psicoanalítica. Esta se reduce a un núcleo, a lo que Miller (2012) ha llamado un pobre real, que aparece como el encuentro traumático inicial de *lalengua*, con sus efectos de goce, sobre el cuerpo. Es decir este trozo de real, se devela como lo que organiza la vida del sujeto. Y está al final de la operación analítica en el neurótico.

Sin embargo lo que encontramos en el caso de Roberto es que ¡El lobo!, este fenómeno tan elemental, esta palabra privada de sentido, que Lacan (1975b) llama la médula de la palabra, que encarna la función del lenguaje, va a desaparecer. Es decir, sigue el camino inverso en este caso del niño lobo, a la de las curas de los neuróticos que se orientan a descubrir este lugar de colisión de la lengua y el cuerpo.

## 8.6 Interpretación

Quería subrayar una interpretación que realizó Rosine, que menciona al final del relato del caso que hace en el seminario I.

*“Este niño había permanecido siempre en el estadio en el que los fantasmas eran realidad. Esto explica que sus fantasmas de construcción intrauterina hayan sido realidad en el tratamiento y que haya podido hacer una asombrosa construcción. Si hubiese estado más allá de ese estadio, yo no hubiese podido hacer esa construcción de sí mismo”* (Lacan, 1975b, p. 117.).

Cuando Rosine habla de construcción, podemos pensar que evoca la noción freudiana de “Construcciones en análisis” (Freud, 1937/1986), una modalidad de la interpretación freudiana.

Ella describe en que consintió esta construcción:

*“Le hable de ese tiempo mítico en el que estaba en el vientre de su madre en el que lo tenía todo, en el que no necesitaba pedir nada. Hubo un apaciguamiento. Yo le dije*

*eso es verdad pero lo que era más operativo de todo eso es que yo misma me transformaba –es decir, el Otro para él. A través de lo que le decía le proponía un continente, que podía ser el representante de su madre –yo me proponía como objeto a” (Lefort & Lefort 1987, p. 27.).*

Partiendo de la propuesta de Miller (2010) de que el intento de mutilación de Roberto marca el punto de inicio del tratamiento, se van a producir por parte del niño lobo múltiples declinaciones del menos. Que podríamos calificar, en su dimensión de corte, de interpretaciones. Estas del lado del sujeto.

En este caso, esta “construcción”, que realiza Rosine Lefort, insiste en esta serie que apunta a vaciar el Otro. Al proponerse como continente, que le da un lugar a Roberto, apoya el esfuerzo de Roberto de vaciar el agujero, de construir un borde. Lo que Rosine Lefort, piensa en términos de continente y contenido, diciendo a Roberto que los contenidos han sido destruidos y los continentes no están ahí.

*“A través de esa construcción que le hice, que era un relato del tiempo mítico, era el analista el que cambia de status –y él se dio cuenta del cambio. Yo me había hecho “a”, que podía seguir construyéndose y abandonar ese lugar. Así él abandonó la construcción que tenía del Otro, un Otro absoluto y real –yo era el a, y eso quería decir que él ya no lo era” (Lefort & Lefort 1987, p. 27.).*

Si lo que se espera de una interpretación es que tenga un valor transformacional, sin duda la de Rosine Lefort la tuvo.

## **8.7 Articulaciones**

Vemos entonces en esta interpretación, como la analista apoya el esfuerzo de Robert de inscribir este menos, en el campo del Otro, y también en consecuencia sobre su cuerpo. Como hemos visto en el intento de inscribir este menos sobre su cuerpo en el acto de



mutilación. En esta interpretación-construcción, Rosine le propone al niño lobo un continente, que le podría contener.

Por volver al ejemplo de vaso del alfarero de Lacan, es este vacío, que dispone de un borde, lo que permite constituir el vaso-continente. Esto sirve para la función que ejerce el psicoanalista, la de un vacío que le puede alojar. Es lo que llamamos el objeto a, como hueco, vacío.

Como ella dijo (Lefort, 2014, p. 22.), su análisis con Lacan le permitió invertir su posición de terror frente a un agujero alrededor del cual ella no podía poner palabra alguna, posibilitándole asumir ese mismo lugar en el análisis con los niños.

Encuentro en este seminario I (Lacan, 1975b) una cita muy bella sobre la presencia, que quizás nos pueda ayudar a entender un poco más esta afirmación de Miller (2012), en la que propone que el elemento decisivo que posibilitó que Roberto pasara, de generar un infierno en el lazareto, a progresivamente ser un niño adorable según también las propias enfermeras, fue: *“la introducción de la presencia del psicoanalista en el mundo del paciente”* (Miller, 2012, p. 19.).

Dice Lacan (1975b):

*“Se trata de saber cómo, en determinado momento, asoma hacia el otro ese sentimiento tan misterioso de la presencia. Quizás está integrado a aquello de lo cual Freud nos habla en la Dinámica de la transferencia, es decir a todas las estructuras previas, no solo de la vida amorosa del sujeto, sino de su organización del mundo”* (p. 60.).

Encontrando esta oferta, en la presencia con la que Rosine, “ça collait”, se adaptaba, para seguir las pequeñas huellas de Roberto, el fuego fatuo que las sigue, suponiendo allí un sujeto. Para ofrecerse como este vacío, que permite articular para Roberto este núcleo que lo une a la comunidad humana que es gritar ¡El lobo! ¡El lobo! Al agujero del W.C.

## 8.8 Autismo y esquizofrenia

Para los Lefort (2000, p. 75.) el autismo se convierte en el nuevo paradigma de la enfermedad mental en la infancia, pero también en paradigma del malestar en la cultura contemporáneo. Al desplazar nosológicamente a la esquizofrenia y también a las psicosis infantiles, emerge la pregunta sobre si el autismo es una nueva estructura o no. Y también, debido a su extensión diagnóstica surge la pregunta de si ¿hay psicosis distintas del autismo? (Laurent, 2010a).

No hay duda para los Lefort (2000, p. 72.) de que hay forclusión en el autismo, pero es necesario precisar qué es lo que está forcluido, tanto desde el punto de vista clínico, como del de la estructura.

Y se responden que la forclusión del Nombre-del-Padre es total en el autismo. Allí de lo que se trata, no es solamente de la elisión significativa, sino de una elisión del ser, que no permite al autista construir la simbolización primordial de la madre y por este hecho el sujeto autista está en el lugar de un objeto real inanimado.

*“No se trata solamente de la forclusión del Nombre-del-Padre, sino de forclusión de la simbolización primordial de la madre”* (Lefort & Lefort, 2000, p. 74.).

Proponiendo que, contrariamente a lo que ocurre en la psicosis, donde sí se constituye una dimensión de alteridad, del Otro, en el autismo esto no sucede. No hay Otro. Quedando reducida la palabra, la mayor parte del tiempo al alarido.

El autista no dispone, tan siquiera, de la marca de una simbolización mínima, ya que al ser la forma primitiva del emparejamiento del significante con el cuerpo el balbuceo infantil, *“es precisamente a este balbuceo donde el niño autista no accede”* (Lefort & Lefort 2000, p. 74.).

Interrogándose entonces, desde dónde habla el autista adolescente o adulto, si su estructura no comporta ni el Otro, ni el balbuceo de la lengua. Proponiendo uno de sus grandes descubrimientos clínicos: *“La suplencia viene desde el doble”* (Lefort & Lefort 2000, p. 75.).

Doble diferente del estadio del espejo, cuya génesis relacionan con la forclusión de la simbolización primordial materna, sin referencia tercera al Nombre-del-Padre. Siendo este doble el que va a tomar el lugar del Otro, del que el sujeto autista será la duplicación, sin que haya identificación femenina, ya que el significante de la identificación no ha advenido, como tampoco el de la sexuación. Como vemos, por ejemplo, en uno de los testimonios de Donna Williams (2004), una autista adulta, quien nos habla de las figuras de sus dobles.

## **8.9 No es una simple nosología**

A partir de esta singularidad clínica, entenderán que el autismo no es una esquizofrenia y si una estructura en sí misma, planteando que no se trata de una simple cuestión nosológica.

*“No es una simple nosología, ya que la evolución de la estructura autista en el caso de numerosos sujetos va a plantear una cuestión tanto antropológica como psiquiátrica, va a abrir allí el problema de un nuevo malestar en la cultura que cobra fuerza ahora después de un siglo y cuya eclosión ha dependido por un lado, del pensamiento científico, que excluye al sujeto, y por otro, de la inexistencia del Otro en tanto lugar del significante y de la subjetivación que da cuerpo al sujeto”* (Lefort, & Lefort, 2000, pp. 75 y 76.).

Alegando que la cuestión del autismo no es tan solo un problema psicopatológico, sino una dimensión del malestar en la cultura actual, que da cuenta del esfuerzo de la civilización contemporánea por excluir al sujeto.

Verificándose como el interés, que el siglo XX tuvo, por los delirios se ha desplazado, en el siglo XXI, sobre las proezas técnicas que realizan los autistas sabios, generando la paradoja de que la patología que parece más alejada de la comunicación, produce todo un cúmulo de noticias abigarradas y múltiples.

## **9. Los fenómenos elementales en la psicopatología clásica**

Tal y como afirmaba Margareth Mahler (1965/1984, p. 133.) el debate sobre la psicosis en el niño, y por añadidura el de la alucinación en la infancia, queda clausurado con la aceptación generalizada del autismo infantil precoz.

Asimismo tiene como consecuencia que aquellos casos que no era posible encuadrar en ninguna de las categorías nosológicas tradicionales, pero en los que se detectaba algo similar a mecanismos autísticos, o en los que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad, en un niño pequeño, era automáticamente designado como autismo (Mahler 1965/1984, p. 133.).

El paradigma de la enfermedad mental se ha ido desplazando durante el pasado siglo, siendo sustituida la demencia precocísima por la esquizofrenia, y ésta por las psicosis infantiles, para paulatinamente, a partir de los años noventa, ser desplazados todos ellos por el autismo, y la inclusión de este en el paradigma diagnóstico de los trastornos del desarrollo.

Ésta modalidad permitió integrar los caracteres de la patología que constituye el campo de la infancia, en su particular dificultad para definir trayectorias tipos o estructuras fijas, como se hacía en la psicopatología del adulto.

Sin embargo, bajo la perspectiva desarrollista, se pierde la dimensión sincrónica, estructural, más difícil de localizar.

Son los fenómenos elementales que interesaron a la psicopatología clásica los que nos permiten recuperar esta dimensión estructural y al mismo tiempo singular.

### **9.1 Los fenómenos elementales en la psicopatología clásica**

Sucedde que la psicopatología, bajo el influjo creciente de la biología (neurología, química y genética), tiende a descuidar los tesoros de su pasado clásico.

En gran medida la admirable herencia clínica de la psicopatología se habría perdido si los psicoanalistas no la hubieran recuperado para la formación que desarrollan en las diversas Secciones Clínicas a lo largo del mundo. Esta es la inspiración misma de las Secciones clínicas del campo freudiano, la primera de las cuales fue instalada en París durante los años setenta por Jacques Lacan (1977).

Freud no era psiquiatra; no por nada ese rasgo estaba en la esperanza que él alimentó en la adhesión de Burgholzi al psicoanálisis. Lacan era psiquiatra y eminente. Aun al comienzo de los años sesenta invitaba, a los candidatos que llegaban de otros campos para ejercer el psicoanálisis, a formarse en la psicopatología psiquiátrica. No rompió jamás los lazos que lo ligaban al hospital, prosiguiendo su “presentación de enfermos” (la entrevista pública con un paciente internado).

François Sauvagnat (1988) ha mostrado cómo el interés particular que Lacan prestó en su tesis (1980) a los fenómenos elementales, le permitió releer la teoría freudiana de los mecanismos psíquicos de las psiconeurosis (represión en la neurosis: *Verdrangung*, desmentida en la perversión: *Verleunung*, y forclusión en la psicosis: *Verwerfung*) permitiendo, a partir de la relación que el sujeto establece con ellos, formular su hipótesis de la forclusión del nombre del padre.

Los fenómenos elementales aunque variados en su textura fenomenológica, presentan ciertos rasgos comunes y pueden hallarse especialmente en tres ámbitos: el pensamiento, la vivencia del cuerpo y los sentimientos, especialmente los enigmáticos y de perplejidad, los de inefabilidad y las autorreferencias. Se trata de fenómenos cuya matriz mínima revela y contiene la estructura general de las psicosis.

Por ser consustanciales a ella, casi patognomónicos en la práctica clínica, su discreta presencia, denota, revela la existencia de una estructura psicótica, cuyo desencadenamiento clínico puede o no haberse producido. Dichos fenómenos pueden hallarse de una forma

constante o bien recurrente, pueden asimismo estar enmascarados o ensombrecidos por otras cristalizaciones sindrómicas muy aparatosas o por formaciones del carácter y rasgos de personalidad.

El valor esencial de estos fenómenos viene dado no tanto por la manifestación aprehensible, sino por la relación que el sujeto mantiene con ellos; tal relación nos muestra inequívocamente a un sujeto sumido en la perplejidad o en un inquietante vacío de significación.

Además, la utilidad clínica de dichos fenómenos no se limita exclusivamente al ámbito diagnóstico, por más que sean imprescindibles para detectar una psicosis que aún no se ha puesto en marcha, sino que nos indican también, en gran medida, la posición de salida y la orientación con la que el sujeto encarna la experiencia de su locura; en este sentido, estos pequeños signos también son indicadores veraces de los posibles modos de estabilización hacia los que podemos encaminar a nuestros pacientes tomados, en este caso uno por uno. Igualmente en el campo de la infancia.

Siendo para Lacan (1966e), el fenómeno elemental, del cual la alucinación verbal es un ejemplo claro, siempre una ruptura en el texto de lo real y no una falsa percepción, como comúnmente se la considera.

Dicha concepción sobre los fenómenos elementales psicóticos, desarrollada por Lacan (1981), es la herencia de debates centenarios, tanto en la psiquiatría francófona como germanófona. Mereció la atención de algunos clásicos de la psicopatología especialmente de aquellos que se interesaron por las formas agudas o iniciales de la psicosis y desarrollaron su trabajo en los servicios de urgencia y otros dispositivos desde los cuales podían captar las primeras manifestaciones, los primeros movimientos subjetivos de la emergencia de la locura.

Siguiendo a Álvarez (1997), y de manera excesivamente sincrética, agruparé de un lado las grandes contribuciones referidas a la *krankhafte Eigenbeziehung* (habitualmente traducida como “significación personal enfermiza” o “autorreferencia morbosa”, si bien cabría enfatizar que se trata de la experiencia subjetiva de estar preocupado por una significación aun enigmática) y de otro los incluidos en el término xenopatía. Empezaré por este último.

## 9.2 Xenopatía

Su uso es bastante limitado en la psicopatología clásica y no hay demasiados autores que lo hayan desarrollado. Entiendo por xenopatía la infabilidad de experimentar el propio pensamiento, los propios actos, las propias sensaciones corporales o los propios sentimientos como ajenos o impuestos, como determinados o provenientes de otro lugar –no importa que sea exterior o interior- del que el sujeto, perplejo y sumido en el enigma, no se reconoce como agente, sino como una fuente parásita o como un mero y exclusivo receptor. En este concepto confluyen todas las descripciones sobre alucinaciones que desde Séglas (1892) (1934), y especialmente De Clérambault (1987), han enfatizado el desdoblamiento o el desgarramiento de la identidad de ese sujeto cuya locura no es otra cosa que su propio desconocimiento de ser el agente de sus pensamientos, sus actos, etc.

El concepto de xenopatía es más amplio que el de pequeño automatismo mental de De Clérambault (1987), cuyas características son las de ser neutro, no sensorial e inicial, quien se centra casi exclusivamente en el trastorno molecular del pensamiento, descuidando otros fenómenos elementales con los que nos topamos en la clínica, y que son esos fenómenos parásitos y automáticos que conciernen a la desintegración de la imagen corporal.



### 9.3 La significación personal

Algunos clínicos alemanes como Neisser (1892), trataban de localizar un fenómeno elemental en el origen de la interpretación paranoica, cuando proponían el fenómeno de la *Eigenbeziehung*.

Lacan (1980) rinde homenaje a estos autores en el recorrido de su tesis al afirmar que fueron los clínicos alemanes que analizaron los mecanismos paranoicos los que emplearon este término de *Eigenbeziehung* para designar la interpretación paranoica.

El término alemán utilizado por Neisser (1892) era *krankhafte Eigenbeziehung*, que fue desde sus inicios traducido como *Significación personal*, que no es del todo correcta ya que “significación personal enfermiza” o “autorreferencia morbosa”, sería más precisa.

Neisser (1892) publicó un artículo titulado “Discusiones sobre la paranoia desde el punto de vista clínico” a partir de tres casos de paranoia aguda. Era partidario de una estricta aproximación clínica, prefiriendo los casos cuyos síntomas son más simples y unívocos.

Para Neisser (1892) la cuestión era la siguiente: ¿Cuál es el proceso que determina la construcción delirante? Partiendo del hecho comprobado de las variaciones que se perfilan en la evolución del delirio, investiga el proceso patológico invariable en todos los casos. El punto clave es que el proceso mental defectuoso se manifiesta en la manera de interpretar los enfermos, al margen de las emociones y sin saber ni quererlo, las representaciones ofrecidas a su conciencia, como algo especialmente relacionado con su propia persona, lo que perciben en un estado de gran perplejidad.

Es el fenómeno de *Krankhafte Eigenbeziehung*, prácticamente constante durante las fases agudas y crónicas de la paranoia, siendo este, la significación personal, un síntoma patológico primario o directo, mientras que el sistema delirante es un producto secundario de la enfermedad.

El fenómeno se caracteriza entonces por la contradicción entre la certeza del paciente de ser designado, y la incertidumbre completa en lo concerniente a la razón, el sentido de dicha designación. La traducción significación personal muestra el carácter de mensaje personal de la cosa.

El fenómeno se desdobra en dos momentos: 1. El aumento de la “significación personal” es una expresión del inicio patológico. Es un síntoma, directo o primario, cardinal, de la paranoia que puede permanecer suspendido de unas horas a unos meses, y es en opinión de Neisser (1892) el sentido último de toda una serie de síntomas hipocondríacos, de enfermedades corporales, agitación más o menos desordenada que alterna con momentos de abatimiento y alucinaciones; y 2. El sistema delirante es secundario y variable.

Para obtener un cuadro clínico de buena calidad, estimaba Neisser (1892), era indispensable forzar al paciente a permanecer acostado un cierto tiempo antes de enviarlo a cualquier actividad terapéutica, para reducir la intensidad de la sintomatología a un *mínimum*. Luego de varios días de observación paciente, se podía poner en evidencia la significación personal; el paciente podía contar su sentimiento de que todo el mundo hablaba de él sin que él comprendiese porqué. Cómo los números de las habitaciones eran alusiones a su vida privada, cómo sus pensamientos influenciaban a otros, etc. Si el paciente se quejaba de esa situación, si no estaba demasiado desconfiado ni megalómano, el diálogo con él era posible; eso podía facilitar una relativización de la certeza delirante y aún preparar una estabilización.

Kraepelin (2008), negaba que al inicio de la paranoia tuviera lugar un verdadero proceso que trastornara completamente los hábitos mentales del paciente. Si él aportaba las observaciones sobre la significación personal, era para relativizarlas mediante consideraciones sobre las inhibiciones parciales del desarrollo que sufriría esencialmente el futuro paranoico.

Los defensores de la tesis de la significación personal responderán a Kraepelin (2008). Cuya objeción más difícil vendrá de K. Jaspers (1993), quien se basa en las concepciones que insisten sobre la irrupción de un fenómeno absolutamente nuevo, mediante la significación personal, y emprende una descripción de numerosos sentimientos implicados, como la espera indefinida, inquietud, desconfianza, tensión, sentimiento de un peligro amenazante, estado penoso, presentimientos, de los que el individuo se siente el blanco, viviéndolo de manera desagradable e incomprensible.

Lacan, en su tesis “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad” (1980), prosigue este debate, alineándose en torno a la concepción de Jaspers (1993). Se muestra preocupado por encontrar concepciones que puedan dar cuenta de los primeros momentos de la eclosión delirante paranoica.

Sin embargo, Lacan (1980) no alcanzará una visión de conjunto acerca del mecanismo de la significación enigmática, hasta tomar en cuenta el aporte de la clínica alemana sobre la vivencia del *Eigenbeziehung*. Situará los fenómenos elementales, en el inicio de la irrupción de la psicosis y derivará de esos fenómenos un cierto tipo de reactividad ligada a las vivencias anteriores del sujeto. Ubicando como los fenómenos elementales están representados esencialmente por interpretaciones y haciendo valer que un “contenido” se desprende de dichas interpretaciones, en las que expresan la misma nota de autoacusación que aparece en la convicción delirante sistematizada, y que significan de manera más o menos directa los reproches éticos que el sujeto se hace a sí mismo.

Así, ya desde su tesis (1980) y mediante eliminaciones sucesivas, Lacan pasará de lo que generalmente se clasificaba como mecanismos intuitivos, o de lo que era diferenciado como sentimientos (*Gefühle*), a algo que se presenta como una significación tocante al sujeto mismo, preparando en gran medida la relación nueva que establecerá entre interpretación y alucinación en su seminario III, “Las Psicosis” (1981), y que hallaremos fijada en su escrito

“De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (Lacan, 1966e), donde afirma:

*“Observamos por otra parte que nos encontramos aquí en presencia de esos fenómenos que han sido erróneamente llamados intuitivos por el hecho de que el efecto de significación se adelanta en ellos al desarrollo de ésta. Se trata de hecho de un efecto del significante, por cuanto su grado de certidumbre (grado segundo: significación de significación) toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta primeramente en el lugar de la significación misma (p. 538.).*

En el seminario III (1981) planteará un alzamiento contra la aceptación común, entonces, del concepto de fenómeno elemental. Sigue en ello la estela de Freud (1911/1980) descifrando el texto de Schreber (1978), bajo la idea, de que el delirio quiere decir algo. Pero quedarse en esta dimensión sería insuficiente, ya que la interpretación, la traducción, del texto dejaría en el mismo plano el campo de las psicosis y el de las neurosis, mostrándose por tanto el método analítico, incapaz de dar cuenta de la distinción de ambos campos. Es, entonces, a la investigación sobre la diferencia estructural entre los campos de la psicosis y la neurosis, a la que se dedicará en el desarrollo de dicho seminario III.

*“Subrayo con firmeza que los fenómenos elementales no son más elementales que lo que subyace al conjunto de la construcción del delirio. Son tan elementales como lo es, en relación a una planta, la hoja en la que se verán ciertos detalles del modo en que se imbrican e insertan las nervaduras: hay algo común a toda la planta que se reproduce en ciertas formas que componen su totalidad” (Lacan, 1981, p. 28.).*

Lo importante del fenómeno elemental no es entonces, discutiendo a De Clerambault (1987), que sea un núcleo inicial, en el seno de la personalidad, alrededor del cual el sujeto haría una construcción, una reacción fibrosa destinada a enquistarlo envolviéndolo, e

integrarlo al mismo tiempo. El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental.

Lacan (1981) sitúa, por tanto, la misma fuerza estructurante en el trabajo del delirio, ya sea considerado en una de sus partes o en su totalidad, la parte o la totalidad –ambas– como fenómeno elemental. Parte o totalidad de una estructura. Es una perspectiva estructural del delirio, donde “*la noción de elemento no debe ser entendida en este caso de modo distinto que la estructura, diferenciada, irreductible a todo lo que no sea ella misma*” (p. 28.).

Esto no quiere decir tal como lo subrayó Laurent (1993):

*“Que entre alguien que tiene fenómenos enquistados, que permanecen limitados durante años y un delirio completamente desplegado, se trate de la misma cosa. Eso quiere decir que es exactamente la misma cosa desde el punto de vista de la estructura del sentido”* (p. 35.).

Es entonces a partir del fenómeno elemental como interrogará la diferencia entre la neurosis y la psicosis, entendidas cada una de ellas como estructuras diferentes y fundadas en mecanismos psíquicos –por emplear el término freudiano– diferentes también.

Esta diferencia forma parte del esfuerzo que realiza durante sus primeros seminarios en los años cincuenta, un esfuerzo de formalización continuado, para llevar al psicoanálisis más allá del mito a la estructura.

En su informe de Roma, Lacan (1966b), ya plantea que el psicoanálisis ha jugado un rol en la dirección de la subjetividad moderna, y no sabrá mantenerlo si no lo ordena en el movimiento en el que la ciencia lo dilucida.

Como ya fue comentado, es en este escrito donde Lacan (1966b) introduce por vez primera la función simbólica del padre: es “*en el nombre del padre donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica*” (p. 278.). Será a partir de su enunciado fundamental el inconsciente estructurado como un lenguaje, y utilizando el método y las

referencias lingüísticas de Saussure (1995) y Jakobson (1975), donde producirá una primera formalización -esfuerzo de formalización científica-, en la que separará el Edipo del mito.

Se trata de la formalización que Lacan hace, en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1966e, p. 576.), de la metáfora paterna, en la que aplicando los desarrollos de la lingüística, uniendo de manera elegante tres vertientes de la enseñanza de Freud: el complejo de Edipo, el mito de Tótem y Tabú (1913/1986), en tanto introduce al padre como muerto, y el complejo de castración.

Recordar cómo en este escrito Lacan (1966e, p. 576.), se interroga sobre la subjetividad científica, que dice comparten tanto el científico como el hombre de la civilización que la sostiene.

A partir de aquí Lacan en este escrito formulará el mecanismo estructural propio de la psicosis, como el de una falla en la mencionada metáfora paterna: la *Verwerfung*, la forclusión del Nombre del Padre. Que no es sino una relación propia de un sujeto al significante. Y los fenómenos elementales dan cuenta de dicha forclusión, de dicha relación de los sujetos con los fenómenos que principalmente tienen un carácter verbal.

He querido subrayar la importancia de los fenómenos elementales, en la psicopatología clásica, porque se trata de fenómenos cuya matriz mínima revela y contiene la estructura general de las psicosis y da una orientación sobre los posibles modos de estabilización en los que se pueden encaminar a nuestros pacientes.

## **10. Una aproximación a la clínica a los fenómenos elementales en la infancia**

El contante deslizamiento nosológico que se ha producido durante el siglo y medio de la existencia de la psicopatología de la infancia, oscila desde la negación de la locura infantil de los orígenes de la psicopatología, pasando por el momento cumbre en los años sesenta, con la extensión generalizada del diagnóstico de esquizofrenia infantil, hasta llegar al momento actual en el que se habla de categorías clínicas definidas bastante recientemente como el Trastorno del Espectro Autista o el Síndrome de Asperger, cuyos principales síntomas son, por el momento, objeto de consenso, si bien algunos tiendan a ampliar los contornos de forma poco controlada (Sauvagnat 2000a).

Para comprender mejor lo que está en juego en el momento actual, hemos realizado un recorrido histórico, en las diversas conceptualizaciones de la infancia alienada, en el que casos ejemplares, modélicos, daban cuenta frente a qué dificultades, retos e incógnitas se encontraban los clínicos de cada momento.

Abordaremos de nuevo, en parte, este recorrido, pero a partir del concepto de fenómeno elemental, desarrollado con anterioridad, lo que nos permitirá situar con mayor claridad los debates e impasses contemporáneos.

El concepto de fenómeno elemental permite, en una dimensión sincrónica, frente a la desarrollista, situar la estructura clínica del sujeto. Si bien el fenómeno mismo se ve sujeto a distintas valoraciones.

Tal como hemos desarrollado Lacan (1981, p. 28.) considera que la noción de elemento, de fenómeno elemental, debe de ser entendida de manera idéntica a la de estructura. Es decir, el delirio, ya sea considerado en una de sus partes o en su totalidad, es considerado como un fenómeno elemental; al igual que otros fenómenos, sean éstos:

alucinaciones verbales, percepciones corporales cenestésicas, trastornos del lenguaje o la significación personal.

El fenómeno tiene en esta perspectiva una dimensión de equivalencia a la estructura, por esta razón volveremos, sobre autores y casos que ya hemos tratado, a indagar sobre sus conceptualizaciones desde esta perspectiva del fenómeno elemental.

### **10.1 J Louise Despert y “la vivencia delirante verdadera” de las esquizofrenias infantiles**

Esta autora subrayó, en el conjunto de sus trabajos (Despert, 1968), la existencia de dos rasgos dominantes propios de las esquizofrenias infantiles: la perturbación del contacto afectivo con la realidad y el pensamiento autístico.

Propuso clásicamente, en sus inicios, que se podían distinguir grupos diferenciados de la esquizofrenia infantil, según el carácter agudo o insidioso del proceso de inicio en la enfermedad.

Mostrando, cómo mucho más a menudo de lo imaginable, prácticamente en casi todos los casos, aparecían alucinaciones, particularmente auditivas, que podían estar encubiertas, disimuladas. Una afirmación que muchos clínicos aún hoy en día apenas tienen en cuenta.

Definió siempre la esquizofrenia infantil a partir de un criterio constante, el de la defensa autística, por el que la esquizofrenia del niño es un proceso en el que la pérdida del contacto afectivo con la realidad coincide con la aparición de un pensamiento autístico, o es determinado por esta aparición, y se acompaña de fenómenos específicos de regresión y de disociación. A este respecto, Despert (1968) deducirá, sobre todo la presencia de una disociación inmediatamente acompañada de una vivencia delirante interna más o menos escondida, siendo este el sentido que aplica al término autístico.



Consideraba que, para el diagnóstico, había que buscar los signos siguientes: disociación en el dominio de la motricidad; empleo de formas fonéticas disociadas de su contenido, neologismos sin carácter lúdico; conceptos disociados de su contenido afectivo; retirada de la respuesta afectiva o un acceso de cólera totalmente desproporcionado respecto al estímulo; comportamiento extraño, ligado a una vivencia corporal de extrañeza.

## 10.2 El autismo precoz de Kanner: “la soledad y la inmutabilidad”

Como vimos, en 1943 Kanner definió el síndrome que lleva su nombre a partir de dos síntomas principales: la soledad y la inmutabilidad que deben de ser presentes en el autismo:

*“El auto-aislamiento y la obsesiva insistencia en la preservación del “sameness”, caracterizan lo que podría ser considerados como primarios, empleando el término como lo hizo Bleuler en la agrupación de los síntomas de la esquizofrenia”* (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 557.)

Sitúa por tanto el “aleness” y “sameness” como síntomas primarios, en el sentido que le dio Bleuler: Considerando a las vicisitudes del desarrollo del lenguaje y a “*los más llamativos y cambiantes fenómenos*” (Eisenberg & Kanner, 1956, p. 558.) como derivados de los trastornos básicos de la dimensión relacional. Es decir, los síntomas primarios son los que conciernen a la relación: “aleness” y “sameness”, siendo los otros secundarios.

Lo excepcional, lo patognomónico, el desorden fundamental, es la ineptitud de los niños para establecer relaciones normales con las personas y para reaccionar normalmente a las situaciones desde el comienzo de la vida.

La relación del niño autista con los otros es muy particular. Él no dirige hacia ellos ninguna mirada interesada, pasa a su lado sin intentar establecer comunicación; las relaciones que a veces pueda establecer son fragmentarias, elige al otro, pero no espera ni compartir ni

intercambiar. Él no muestra ninguna reacción ante la desaparición de los padres y parece ignorarles. No participa en ningún juego colectivo con los demás niños.

Por otro lado, el comportamiento del niño está gobernado por un deseo obsesivo y ansioso de inmutabilidad, que nadie salvo el niño mismo puede, en raras ocasiones, romper. Los cambios en la rutina, en la disposición de los materiales, de conducta, de orden en el que son ejecutados los actos cada día pueden sumirle en la desesperación. El mundo exterior es fijado así por el niño en una permanencia inmóvil, donde todo debe de estar en el mismo lugar y donde las mismas acciones deben desarrollarse en el mismo orden en el que el niño las descubrió por primera vez.

Kanner (1943), señala la importancia que toman a menudo ciertos objetos para estos niños. Algunos de entre ellos no pueden vivir sin, por ejemplo, una fusta, un trozo de madera, una muñeca de trapo, no pueden ni comer ni dormir si no los tienen con ellos y se defienden con vigor si se les quiere arrebatarse.

### **10.3 Margaret Mahler: la falta (o pérdida) de capacidad para utilizar el objeto simbiótico**

Como vimos, Mahler (1984) integrará el descubrimiento de Kanner (1943) en una teoría general del desarrollo del niño, que proseguiría la línea de la corriente genética annafreudiana (1985a).

En su teoría (Mahler, 1965/1984) distingue dos momentos del desarrollo infantil: uno, la fase autística normal o presimbiótica, junto con la fase simbiótica; y dos, la fase de separación-individuación. Este proceso se extiende a lo largo de los tres primeros años de vida y acaba con la aparición de un individuo que habla, provisto ya de un objeto permanente.

Aprende al bebé a partir de la ficción de un narcisismo primario, durante el cual el organismo estaría cerrado sobre sí mismo, autosuficiente, y satisfaría sus necesidades de

modo alucinatorio. Sólo descubriría el objeto materno hacia el tercer mes de vida, al principio de la fase simbiótica, durante la cual el niño y su madre formarían una unidad dual.

Lo que aparecía en algunos casos de niños, estudiados en este estadio del desarrollo, era que no habían llegado a superar el más primitivo modo infantil de percibir el aumento propioceptivo e interoceptivo de tensiones fisiológicas como difuso malestar del organismo. No podían reconocer que mientras las tensiones tenían origen en su cuerpo, el esperado alivio, la satisfacción provenía de algún punto exterior de su cuerpo. Y de ahí que su respuesta a la tensión corporal era:

*“una actividad aleatoria difusa, violenta e inmediata, que recuerda el pánico efectivo; y si no se respondía inmediatamente a esa tensión, se producía la retracción de todo contacto afectivo, es decir, una regresión que en unos pocos casos culminó en un retraimiento apático. La tendencia a esa actividad difusa y desordenada recuerda las tormentosas reacciones afectomotrices de cólera, propias de la primera infancia, y también el cuadro clínico de agitación catatónica, mientras que la reacción de apatía recuerda en cambio, los estados finales de psicosis”* (Mahler, 1965/1984, p. 133.).

El segundo periodo correspondería a una etapa posterior de la niñez, a aquel momento en que la relación simbiótica con la madre, que satisface las necesidades, debiera gradualmente hacerse más mutua y más consolidada. Es el momento en el que la representación mental de la madre debiera estar de convertirse gradual y lentamente en representaciones de objeto total, y ser el bebé capaz de conservar la representación mental de la madre, en ausencia de esta, por periodos cada vez más largos.

Para Mahler (1965/1984) el síntoma más evidente de este periodo reside en el hecho de que niño no sea capaz de percibir a la madre como representante del mundo externo. Ella no parece existir, en tanto que faro viviente de orientación en el mundo de la realidad. Dice:

*“Nosotros creemos que la falta (o perdida) de capacidad para utilizar el objeto simbiótico (que satisface necesidades) es la deficiencia fundamental que perjudica las funciones de integración síntesis y organización del yo. Creemos que todas las otras perturbaciones son accesorias respecto de esta ausencia del faro humano que orienta en el mundo de la realidad exterior y en el mundo interior”* (Mahler, 1965/1984, p. 135.).

A partir de esta deficiencia fundamental, que se puede dar en cada uno de los dos momentos del desarrollo, distingue dos organizaciones psicóticas primitivas de defensa, referidas a cada uno de los dos períodos de desarrollo: el síndrome autístico y el síndrome de la psicosis simbiótica. De este modo Mahler (1965/1984) completaría el descubrimiento de Kanner (1943), describiendo una psicosis que testimoniaría de un nivel superior de desarrollo. El autismo testimoniaría de un modo de funcionamiento anterior al de la fase simbiótica.

Podemos señalar asimismo -en la perspectiva de la investigación sobre los fenómenos elementales-, que la deficiencia fundamental, anteriormente señalada, Que el bebé no sea capaz de percibir a la madre como representante del mundo externo, es decir, la falta (o pérdida) de capacidad para utilizar el objeto simbiótico, sería en esta autora el fenómeno elemental. A partir de este fenómeno primario intenta describir tres niveles de síntomas. Según ella habría seis síntomas primarios, siete síntomas secundarios y cinco tipos de síntomas terciarios. Consiguiendo, a pesar de la extravagancia del resultado, un conjunto tiene un cierto nivel de coherencia.

#### **10.4 Bettelheim y el entorno no-humano**

En 1967 aparece en los EEUU una obra que alcanza pronto gran repercusión, “La fortaleza vacía” (Bettelheim, 1967). Su autor es el director de la Escuela Ortogenética de

Chicago en la cual se acogen niños “con problemas”. Bettelheim preconiza una terapia basada en la puesta en acción de los conceptos freudianos, abordados en una perspectiva original, influenciada por los trabajos de Kohut (1971) (1977).

Su análisis comenzado en Viena en 1937, fue interrumpido con motivo de los acontecimientos políticos. Fue detenido en 1938 por el único hecho de ser judío y copropietario de un negocio próspero. Pasó poco más de diez meses en Dachau y Buchenwald. Su enfoque del autismo se verá influenciado por su experiencia en los campos de concentración (Bettelheim, 1989).

Consideraba que todo niño psicótico sufre por haber sido sometido a condiciones extremas de vida. De las cuales él mismo tuvo la experiencia de los campos. Lo que caracterizaba la situación extrema, precisa, era el hecho de no poder sustraerse de ella; era su duración incierta, pero potencialmente igual a la de la vida; era el hecho de que lo que le concernía no podía ser predicho; que la vida misma estaba a cada instante en peligro y que no se podía hacer nada. Un niño confrontado muy tempranamente a tales condiciones, se vuelve autista si su reacción espontánea se transforma en enfermedad crónica como consecuencia de la respuesta del medio. Bettelheim (1967) considera que la angustia intensa del niño autista es parecida a la engendrada por la muerte inminente.

La teoría que desarrolla acentúa dos tipos de factores. Por una parte la existencia de un momento crítico en el desarrollo de los niños susceptible de precipitar síntomas de considerable intensidad y por otra parte, el hecho de haber tenido una insuficiencia. Tesis del entorno no-humano, que habría precipitado una descompensación psicótica, la cual podría ser tratada eficazmente por una guía educativa inspirada en el psicoanálisis.

El autista de M. Malher (1965/1984), encerrado en un mundo autosuficiente, no es el de Bettelheim (1967), demasiado abierto a las angustias intensas. Malher (1965/1984), convencida de la importancia primordial de la relación simbiótica del niño con su madre,

considera que el instrumento esencial del tratamiento es la reconstitución de la simbiosis madre-niño tal y como era al principio. Bettelheim (1967) afirma, por el contrario, que son las insuficiencias en la relación con la madre y el medio las que se encuentran en el origen del autismo, de forma que el tratamiento está basado sobre la voluntad de procurar al niño un ambiente favorable permanentemente.

El autista de Bettelheim (1967) no es una mónada narcisista, es un sujeto comprometido en un trabajo para atemperar su angustia. La magnífica observación de la evolución de Joey, el niño máquina, da a conocer en detalle cuáles son los recursos que a veces puede movilizar el niño autista para hacer la realidad habitable. La fortaleza vacía es un trabajo que, reposa sobre la convicción de que el niño autista tiene buenas relaciones con las personas.

El diagnóstico y los resultados terapéuticos de Bettelheim fueron respondidos. Sus tesis permanecieron marginales en el campo del psicoanálisis freudiano. Es paradójico que este francotirador sea hoy citado siempre por los detractores del psicoanálisis como el más representativo de éste (Maleval 2003).

### **10.5 Una contribución de J. Lacan a la cuestión de las psicosis infantiles: el llamado**

El primer seminario de Lacan “Los escritos técnicos de Freud” (1975b) trataba conjuntamente dos cuestiones importantes desde la perspectiva del fenómeno elemental: por un lado, la cuestión de la aceptación o del rechazo de un significante primordial, que constituiría para el sujeto la realidad última, por otro, la relación entre esta elaboración freudiana y la actualidad del tratamiento de las psicosis infantiles en los años cincuenta.

Jacques Lacan, como vimos, introduce a la discusión en este seminario dos casos de psicosis infantiles, el caso Dick, tratado por Melanie Klein (1930a/2006a), y el caso Roberto, tratado por Rosine Lefort (Lacan, 1975b). El caso Dick le permitirá contemplar la

consistencia de lo simbólico, como previo, en la medida en que esos antecedentes faltaban, y por otro lado asistimos a la aceptación por parte de Dick de los significantes de sustitución que le propuso Klein.

Hemos de retomar la característica esencial de Dick, que Klein menciona y que es ampliamente retomada por Lacan: “*De lo que se trata es de que este niño no emite ningún llamado*” (Lacan, 1975b, p. 99.). Tenemos aquí una característica esencial de la *Bejahung*, una aceptación primordial, tal como la ha caracterizado Lacan: ella, la aceptación por el sujeto de la cadena signifiante, es la que funda, la que permite que sea sostenido el llamado al Otro.

Para Lacan (1975b), “*lo que representa el llamado en el campo de la palabra es la posibilidad de rechazo*” (p. 102.). El llamado se hace posible porque el sujeto consiente con el signifiante, en este caso con la interpretación que le realiza Melanie Klein.

Según la teoría desarrollada por Lacan, los trastornos psicóticos de la palabra dependen de una imposibilidad de articular un llamado, por falta de esta “*posibilidad del rechazo*”, que en su envés implica la aceptación propia. Esto explicaría porque no habla, aunque sus competencias, su comprensión del lenguaje sea incontestable.

## **10.6 De nuevo Roberto**

Para Lacan la cuestión del llamado va a estar igualmente en el centro del estudio del caso Roberto.

El final del tratamiento de Roberto produjo diversas mejoras terapéuticas, su coeficiente de desarrollo ha pasado a ochenta, su coeficiente intelectual a setenta y cinco. Llega a tener contactos con los otros niños, y se convierte en protector de los más pequeños, pudiendo integrarse en las actividades de grupo. Parece dormir mejor, soñar incluso y llama

por la noche a su madre. Sin embargo, “*nunca hace frases, no emplea más que las palabras esenciales*” (Lacan, 1975b, p. 116.).

En su comentario insiste en dos puntos esenciales para nuestro tema. El hecho de que el tratamiento gire en torno de una figura del superyó, encarnado por el significante “el Lobo”, del que Lacan (1975b) dirá: *que es difícil efectuar disquisiciones sobre un fenómeno tan elemental*” (p. 118.).

Fenómeno elementalísimo que articula a la dimensión del superyó y que califica de “feroz”. Del que prosigue diciendo: “

*“Percibimos encarnada, en este caso privilegiado, esta función del lenguaje, la palpamos en su forma más reducida, reducida a una sola palabra –cuyo sentido y alcance para el niño ni siquiera somos capaces de definir- pero que, sin embargo, lo enlaza a la comunidad humana. Como lo indicó con toda pertinencia Rosine Lefort, no se trata de un niño lobo que habría vivido en un simple salvajismo, sino de un niño hablante; ha sido gracias a ese ¡El lobo! Que ella tuvo desde el comienzo la posibilidad de instaurar un diálogo”* (Lacan, 1975b, p. 119.).

Iniciándose un diálogo, acerca del diagnóstico posible de Roberto, con un participante del seminario, quien sostiene que se trata de un delirio alucinatorio. Lacan le responde:

*“Ciertamente no se trata de una esquizofrenia en el sentido de un estado, en la medida en que usted nos muestra su significación y movilidad. Pero hay allí una estructura esquizofrénica en relación con el mundo, y un conjunto de fenómenos, que eventualmente, podríamos vincular con la serie catatónica”* (Lacan, 1975b, p. 122.).

Por tanto, para Lacan, en este seminario, se trataba, de situar el mecanismo de la relación particular de este sujeto con el lenguaje. Lenguaje que aparecía en su forma más reducida, reducida a una sola palabra: El Lobo, que no duda de calificar de “*fenómeno tan*



*elemental*" (1975b, p. 118.) y que le permite considerar al caso Roberto como una estructura esquizofrénica.

Esta problemática central en la psicosis en la infancia, del llamado, será tratada por Lacan en su seminario sobre "Las psicosis" (1981), refiriéndose al caso Schreber.

### **10.7 La problemática del llamado: el milagro del alarido**

Ya conocemos como el comentario de Lacan (1981) sobre la lectura freudiana (1911/1980) del caso Schreber (1978), sirvió para extraer el mecanismo causal de la psicosis: La *Verwerfung*.

Asimismo Lacan insiste en la problemática de los fenómenos elementales (1981). Para él la psicosis se manifiesta de entrada por la presencia discreta, antes de la descompensación, y a veces a gran distancia del brote delirante, de fenómenos delirantes discretos, que resumen, bajo una forma borrosa, una gran parte de temas delirantes que se desarrollarán cuando la psicosis sea declarada.

Por otro lado, Lacan (1981) retoma y desarrolla los elementos reunidos en torno a la noción de un significante fundamental faltante en la psicosis, que le permite relativizar considerablemente la lectura freudiana según la cual una forma particular de represión de la homosexualidad sería la responsable de la psicosis de Schreber. Finalmente recurre a la problemática del llamado, como hemos situado en los casos Dick y Roberto.

Un fenómeno fue dejado de lado por otros comentaristas del caso que viene al primer plano en el análisis propuesto por Lacan (1981). Es el que el mismo Schreber (1978) llamó el milagro del alarido, *Brüllenwunder*. No se trata de un fenómeno inicial -como a menudo, son los fenómenos elementales-, ni de un fenómeno final -como la aceptación de la feminización en el propio caso-, sino más bien se trata de un fenómeno intermedio, en un momento en que el paciente intenta mantenerse en una relación dolorosa con un Dios desregulado, que no le

deja literalmente ningún margen de iniciativa, y en particular le prohíbe tener una relación sustancial con nada que no sea esa extraña divinidad, y poder formular cualquier llamado.

Volvemos a encontrar aquí la problemática evocada con anterioridad, según la cual en la psicosis se pondría de manifiesto esta falla en la función del llamado, incluso teniendo el sujeto un léxico amplio –no como Roberto. Siendo precisamente cuando Schreber intenta restablecer un vacío de forma mínima, cuando intenta despegarse del lazo alucinatorio que lo encadena sin recurso, es en ese momento cuando aparece el milagro del alarido.

Se trata de una secuencia particularmente significativa, destacada por Lacan (1981), a partir del capítulo quinceavo de las “Memorias de un neurópata” (1978).

En esa época el sujeto está internado y permanentemente alucinado. En ese momento padece un empuje forzado al pensamiento, al que Dios le obliga, ya que si no responde lo dejaría aniquilado. Dios le dirige a Schreber (1978) mensajes interrumpidos, frases interrumpidas de carácter alucinatorio, que debe de responder. Si Schreber rechaza responder, si no piensa en nada, un grito sale de su pecho y le sorprende más allá de toda apelación, aunque esté solo delante de una asistencia horrorizada, por la imagen que ofrece con su boca de pronto abierta frente al indecible vacío y que abandona el cigarro puro que sujetaba el instante anterior. Es el milagro del alarido, experiencia a-significante, que incluye todos los significantes (Lacan, 1981).

Es el llamado de socorro emitido por los nervios divinos desatados de la masa y cuyo tono quejoso es motivado por el gran alejamiento, cuando Dios se retira, frente a la próxima aparición, sea en la zona oculta del campo perceptivo, en el pasillo, en la habitación de al lado, de manifestaciones que se le imponen, de las que tiene la certeza que son producidas contra él.

La aparición de una escala venida de lo lejos, fuera de la captura de los sentidos, en el parque, en lo real, de creaciones milagrosas, recientes, que pertenecen a especies volátiles: pájaros o insectos.

Estas son como las huellas de una estela o como un efecto de franja, dice Lacan (1981), que muestran los dos tiempos en que el significante silenciado en el sujeto, hace surgir de su noche un resplandor de significación en la superficie de lo real.

Tenemos aquí un cierre de la problemática del inicio: hemos señalado que la cuestión inicial era para Lacan ver cómo un significante original podía ser constituyente de la realidad última de un sujeto –y recíprocamente cómo su rechazo podía dar cuenta de la vivencia psicótica más fundamental. Hemos visto que para el niño psicótico, según Lacan es la imposibilidad de dirigir un llamado, consecuencia de esta forclusión.

El equivalente, para el psicótico adulto, que es el presidente Schreber, es el milagro del alarido, en el momento en que intenta desprenderse de los mensajes alucinatorios que le invaden.

Lacan define la vivencia psicótica como la confrontación con la ausencia de un significante primordial, que se traduce por el surgimiento de una nueva realidad que intenta responder al agujero así evocado, y cuyo punto de partida es una imposibilidad de asumir corporalmente un llamado. Por otro lado, si esta hipótesis es exacta, deberíamos poder encontrar en los niños psicóticos más trastornos del lenguaje de los que encontramos habitualmente, sobre todo trastornos del tipo de alucinación verbal.

Queda entonces la pregunta sobre ¿Qué tipos de alucinación verbal pueden presentar los niños psicóticos?

### **10.8 Algunas formas de vivencias alucinatorias clásicas**

Discutiremos aquí brevemente varios modelos concerniendo a las alucinaciones psicóticas propuestas por Lacan a propósito de sujetos psicóticos adultos. En nuestra práctica con niños hemos encontrado ejemplos clínicos de estos tipos de alucinación, y nos parece totalmente justificado discutir su especificidad en las psicosis infantiles.

### **10.9 Aparición del enigma: el “humor delirante”**

Este primer tipo de trastorno elemental, presentado por De Ajuriaguerra (1974) como el tipo de trastorno psicótico más frecuente en la infancia, y como precursor de la alucinación del adulto, tiene como característica la de tener únicamente para el sujeto un contenido enigmático, provocando una perplejidad invasora y despersonalizadora. El sujeto tiene el sentimiento de que el orden del mundo está trastocado por fenómenos enigmáticos, algo en el ambiente es raro.

Estos fenómenos son particularmente difíciles de expresar, y pueden manifestarse con una conducta errática, incluso agresiva, con accesos de angustia, con una perplejidad invasora. Desde el punto de vista de la localización de los fenómenos elementales, es evidente que esos trastornos aparecen poco diferenciables de sentimientos de tristeza y tienden a no poder ser descritos por el mismo sujeto más que con posterioridad.

### **10.10 Las alucinaciones dirigidas al sujeto**

Este fenómeno, especialmente característico de las psicosis paranoicas del adulto, parece igualmente frecuente en las psicosis infantiles. Se puede manifestar tanto por interpretaciones delirantes, como por alucinaciones más o menos sensorializadas propiamente dichas. El punto esencial parece ser que el sujeto se siente designado, concernido, aludido, sin que pueda servir ninguna limitación contra tal invasión.

En algunos casos, el fenómeno elemental es vivido como viniendo enteramente del exterior (xenopatía); en otros, es sentido como viniendo del interior, como un eco. En cualquier caso, aunque la designación se haga acuciante, se acompaña como en el caso precedente de cierta perplejidad respecto a sus motivos específicos. Si bien con la certeza de que “eso” se refiere a él.

Injurias alucinadas. El insulto es un sustantivo que se encuentra degradado al rango de adjetivo; el sujeto no es nombrado, sin embargo se siente aludido, referido por la designación insultante. Comentario de actos en tercera persona. Frases alucinadas, alusivas, la inquietante sensación corporal de ser observado...etc.

Un índice de referencia nos permite discernir estas manifestaciones, de otras dimensiones, por ejemplo del chiste, o la creación ingeniosa, es la certeza indialectizable, inmovible, de que estos fenómenos son referidos al sujeto, quien los siente como amenazantes. La certeza puede variar en grado, desde el enigma, la perplejidad, la confusión, o la certeza sólidamente constituida y como se ha dicho inmovible.

### **10.11 Fenómenos neológicos**

Sin ninguna duda tanto las psicosis infantiles como las del adulto presentan fenómenos de neologismos. Morselli (2008) los define como:

*“La forma más característica de la ideoglosia vesánica consiste en los neologismos. Comprendemos bajo este nombre no sólo a las palabras de nueva creación, sino también a aquéllas desfiguradas en su estructura morfológica y desnaturalizadas en el discurso del loco”* (p. 365.).

Quien distingue entre pasivos y activos. Los primeros, efecto de daños fisiológicos, y los segundos en relación con desórdenes de la ideación y corresponden *“a una idea o un sistema determinado de ideas enfermizas”* (Morselli 2008, p. 365.).

Si de ninguna manera es necesario inventar una palabra nueva para constituir un neologismo, para que este sea un índice de patología, para constituir un neologismo delirante, basta que a una palabra de la lengua corriente se le atribuya un sentido fuera de significación. Ciertos neologismos son duraderos e indicativos de significaciones delirantes fijas.

Lo que da su especificidad a los neologismos, frente al en ocasiones lenguaje desordenado o irregular del niño, es su carácter de significación absoluta, en ocasiones oscura y enigmática, que estos términos pueden tomar para esos sujetos, es decir la certeza de que son referidos a ellos.

### **10.12 Fenómenos ecolálicos**

No obstante, hay un fenómeno muy conocido en las psicosis infantiles que es importante relacionar con los neologismos delirantes: se trata de ciertos fenómenos ecolálicos diferidos. En efecto, una característica común de estos fenómenos es el hecho de que se imponen desde el exterior al sujeto, como viniendo del Otro, tal como plantea Sauvagnat (1999a) (1999b). En la práctica, la atención es atraída por la ecolalia inmediata en las interacciones entre adultos y niños psicóticos, sobre todo cuando el adulto se enfada con el niño, porque en lugar de responder a sus preguntas o a sus consejos, le devuelve su enunciado sin el cambio de persona que supone una interlocución normal.

Existe otro tipo de ecolalia, señalada ya por Kanner (1943), en la que se retiene, se reutiliza en situaciones angustiantes de forma masiva, la expresión de tal o cual personaje con un valor fijo y una significación plena, que a menudo apenas se diferencia del uso de neologismos semánticos hecho por adultos delirantes. Recordar, asimismo, como también menciona el uso de la palabra hablada en tercera persona, cercana a fenómenos de automatismo mental.

Como señala Éric Zoliani (2003) *“Es necesario considerar la estereotipia verbal, no como un parásito, que da cuenta de lo deficitario de su relación al lenguaje, sino al contrario como una tentativa de cernir un punto subjetivo preciso. Este punto es exactamente un punto de división subjetiva”* (p.146.).

Si como hemos dicho la noción de fenómeno elemental, debe de ser entendida de manera idéntica a la de estructura. El conjunto de los fenómenos elementales en la infancia, tienen por lo general un carácter más discreto, que el delirio en los adultos. Sin embargo ya sea considerado en una de sus partes o en su totalidad, es considerado como un fenómeno elemental, y en ese sentido idéntico a la estructura. Lo cual permite una orientación y abordaje clínico, como podremos situar en algunos ejemplos más adelante.

## **11. Discusión: Autismo-esquizofrenia; o ¿forma el autismo parte de las esquizofrenias infantiles?**

Redactado casi un siglo después de las primeras investigaciones sobre las psicosis infantiles Sancte de Sanctis (1909) el DSM IV-TR (Aliño, & Miyar, 2008) previene que hay una categoría que le será de poco uso en el dominio de la clínica infantil. Se trata de la categoría de “esquizofrenia infantil”, claramente un concepto venido a menos, mucho menos frecuente en la actualidad que el autismo infantil (Kolvin, 1971) (Burd & Kersbian, 1987). Ya que parece evidente que todo niño que presente graves perturbaciones deberá ser estudiado, de forma preferente, a través de sus trastornos instrumentales o sus trastornos del desarrollo, cuyo ejemplo más famoso sigue siendo el autismo infantil, clasificado entre los Trastornos generalizados del desarrollo, y proclamado periódicamente como trastorno “biológico”, sin que la investigaciones que pudieran demostrarlo hayan avanzado de forma concluyente todavía.

### **11.1 Tres modelos provenientes de la clínica del adulto**

Históricamente, la declinación o progresiva desaparición de la noción de las psicosis infantiles debe ser considerada como una precipitación que se produce a partir de los años noventa.

Efectivamente, no hay que perder de vista que la psicopatología del niño ha dudado siempre entre dos tipos de modelos: los directamente importados de la clínica del adulto, intentando examinar en qué medida tal trastorno en el niño de alguna manera ya había sido descrito en el adulto; y por otra parte los modelos de desarrollo.

Es incontestable que el modelo kanneriano (1943) del autismo ha oscilado históricamente entre estos dos tipos de modelos, con la aplicación por una parte, de un



modelo bleuleriano (1911/1993) derivado de la clínica del adulto -el delirio autístico como resultado de la escisión en el desarrollo de las asociaciones-, y después con la tentativa lograda de integración del autismo en los trastornos del desarrollo.

Los modelos procedentes de la clínica del adulto han sido de tres tipos: El primero, el modelo kraepeliniano (2008) de la demencia precoz, aplicado en primer lugar por Sancte de Sanctis (1909), cuando se planteó la cuestión de saber si existían trastornos mentales no subsumibles bajo la categoría del retraso mental, es decir -y esto vale la pena resaltarlo en nuestro contexto-, que no se podría considerar que se tratara de casos explicables por un defecto de desarrollo. A lo cual se respondió positivamente al poner en evidencia una serie de casos cuyo síntoma más característico parecía ser la catatonía. De Sanctis (1909) puso en evidencia casos de "*dementia praecocissima*" (la más joven teniendo dos años de edad). El resultado fue la relativización del modelo kraepeliniano (2008) del desencadenamiento, al menos puberal, de la demencia precoz.

Dos. Por otro lado la influencia de los modelos bleulerianos (1911/1993) ha sido mucho más amplia -todas las investigaciones sin excepción se refieren a ellos a partir de los años veinte, tanto en Europa, como en Estados Unidos, y de entrada hay que señalar que dos términos fueron tomados del psiquiatra de Zúrich: esquizofrenia y autismo.

En su fundamentación de la esquizofrenia Bleuler divide los síntomas entre los fundamentales, característicos de esta enfermedad, y los accesorios, que pueden aparecer en otros tipos de dolencia. Y hace la serie de los síntomas fundamentales que son los siguientes: Trastornos de la asociación y la afectividad, la predilección por la fantasía en oposición a la realidad, y la inclinación a divorciarse de la realidad (autismo) (1911/1993, p.21.).

En todos ellos hace depender el pensamiento delirante esquizofrénico, incluido el autismo, de una dimensión de disociación primaria, de donde proviene el nombre de la

entidad esquizofrenia –literalmente mente escindida- tomada directamente de la Spaltung freudiana, si bien la considera en términos de déficit.

Para el suizo la esquizofrenia se caracteriza por una peculiar alteración de la relación entre la vida interior del paciente y el mundo exterior. Cuando la vida interior asume una preponderancia patológica, llama a este síntoma autismo.

Los esquizofrénicos más graves, que no tienen más contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. Se han encerrado en sus deseos y anhelos que consideran cumplidos, o se ocupan de las vicisitudes y tribulaciones de sus ideas persecutorias; se han apartado en todo lo posible de todo contacto con el mundo exterior. A este desapego de la realidad, junto con la predominancia, relativa o absoluta, de la vida interior, es a lo que Bleuler denominó autismo (1911/1993, p.71.), suponiendo que las ideas delirantes provienen del pensamiento autístico.

El término de autismo y el repliegue del mundo exterior a un mundo para sí, con predominancia mórbida de la vida interior, reproduce la conceptualización de la retirada de la libido a posiciones autoeróticas freudianas. Pero Bleuler rechaza el concepto de autoerotismo, descarta la dimensión sexual de la conceptualización freudiana, y crea un término que recoge dicha concepción, si bien vaciándola de su componente sexual.

Ambos términos, esquizofrenia y autismo, fueron producto del influjo de las teorías freudianas, si bien despojadas de su dimensión subjetiva más subversiva, y desplazadas del lado del déficit.

Para los practicantes emigrados de Europa central y formados en esta tradición psicopatológica, y esta atmósfera de debate clínico, fue sin duda completamente natural tomar la noción de “autismo precoz” propuesto por Kanner (1943), y continuar utilizando el término en el sentido más amplio -yendo desde un autoaislamiento sobre un delirio privado, a diversas formas de introversión-, como todo el mundo lo utilizaba en los años precedentes.

La tercera influencia, tal como demuestra de forma ejemplar Paul Bercherie (1983), es el psicoanálisis el cual colabora decididamente desde los años treinta al nacimiento de una clínica que substituye la clínica de los periodos precedentes.

En relación a la esquizofrenia, Freud propondrá una clínica comparativa que dé cuenta de la diferencia entre esquizofrenia y paranoia. También la utilizará para las neurosis.

Propone tomar en cuenta los modos de retorno de la libido tras el rechazo o el abandono de la investidura de objeto. Y así en su texto sobre el presidente Schreber (Freud, 1911/1980) introduce un punto de retorno de la libido, de regresión, diferente para la paranoia y para la esquizofrenia. En la paranoia la fijación a la que vuelve la libido por regresión, es el estadio del narcisismo y en la esquizofrenia es el del autoerotismo infantil (p.71).

Cuatro años más tarde en su artículo “Lo inconsciente” (1915/1984), Freud vuelve a recurrir a las modalidades de retorno de la libido, para realizar una clínica diferencial. En esta ocasión para explicar más claramente cómo se produce esta regresión recurre a la relación singular, al uso particular, que el esquizofrénico hace del lenguaje.

Observando como en la esquizofrenia, sobre todo en sus estados iniciales, se evidencian una serie de alteraciones del lenguaje. Sufriendo las frases una peculiar desorganización sintáctica que las hace incomprensibles, si bien en múltiples ocasiones hace referencia a órganos del cuerpo (Freud, 1915/1984, p. 194.).

Freud llama a este uso del lenguaje esquizofrénico, lenguaje de órgano.

*“El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano”* (Freud, 1915/1984, p. 195.).

Para analizar mejor esta singular relación del sujeto con el lenguaje Freud descompone la representación objeto, en representación palabra y representación cosa. Pudiendo afirmar que el uso peculiar de las palabras en la esquizofrenia está determinado más por su componente lingüístico que por las cosas que las palabras designan.

Así en el momento de la irrupción de la enfermedad la investidura de las representaciones cosa, es sustraída, abandonada, mientras que la libido permanece en las representaciones palabra.

Pudiendo las palabras, en la esquizofrenia, ser condensadas, y por desplazamiento transferir unas a otras sus investiduras, hasta el punto en que una sola palabra puede tomar sobre sí la subrogación de una cadena integra de pensamientos.

Lo que confiere a la formación sustitutiva y al síntoma de la esquizofrenia su carácter extraño entonces, es el predominio de la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa.

Y en la perspectiva de la clínica diferencial de las modalidades de retorno de la libido. En el caso de la esquizofrenia la investidura, la libido permanece en la representación-palabra de los objetos.

Es lo que Lacan (2001e) llamará “*el dicho esquizofrénico*” (p. 474.), en un doble sentido. En referencia a la singularidad de la relación del esquizofrénico con el lenguaje, y a su puesta en cuestión, al igual que Freud, del término de esquizofrenia.

La singularidad que introduce el psicoanálisis es la de generar una clínica de la palabra, o lo que es lo mismo introducir la función del sujeto, es decir, tratar la cuestión de las psicosis y la esquizofrenia de otra manera que en términos de déficit o disociación.

Es lo que en el campo del niño realizó Melanie Klein (1930a/2006a), discípula predilecta de Karl Abraham (1959), que en su época fue la psicoanalista abanderada en esta empresa. Su pasión le llevó a escudriñar el malestar de la infancia más allá de la sintomatología neurótica, franqueando la prohibición freudiana de atender a pacientes psicóticos. El ejemplo paradigmático de ello es el caso Dick del que dio cuenta en su artículo (Klein, 1930a/2006a) “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”, publicado en 1930, que ya glosamos extensamente. Este trabajo y sus continuaciones anudan

la clínica pionera de la locura en la primera infancia con la explicitación psicoanalítica de los avatares imaginarios.

Melanie Klein introdujo la temporalidad en el desarrollo de la primera infancia a partir de la dialéctica de las posiciones psíquicas –esquizo-paranoide y depresiva- y la herencia freudiana de la ley del incesto.

Simultáneamente, Ana Freud (1985b) había dictado cuatro conferencias, en el recién fundado Instituto Vienes de Psicoanálisis, bajo el título de “Introducción a la técnica del análisis con niños”, el que quizás fue el primer curso de psicoanálisis con niños, que fueron publicadas en 1927.

Hay que recordar –Ana Freud (1985b) lo hace- como la influencia freudiana acompañó generosamente desde el inicio del siglo XX el desarrollo de la psiquiatría americana. Esta fue aplicada al principio de una manera que no podemos dudar en calificar de mecánica. En esta aplicación mecánica, el psicoanálisis partía de un principio radicalmente diferente a la pura importación de principios de la patología del adulto a la del niño, y es que el psicoanálisis debía de localizar los rasgos patológicos –del adulto- en la infancia.

## **11.2 ¿Puede la esquizofrenia infantil diluirse en el autismo?**

Cualquiera que se interese en el autismo no puede dejar de sorprenderse por la ambigüedad en la que el síndrome se encuentra situado desde el punto de vista clasificatorio. En efecto, Leo Kanner (1943), al descubrirlo, utilizó esencialmente una categoría clínica empleada por Bleuler (1911/1993) y la invirtió - el autismo era una consecuencia tardía del proceso esquizofrénico, que se convertía en el “autismo precoz”. De una manera natural lo incluyó en la serie de las “esquizofrenias infantiles”, aplicando también la categoría bleuleriana (1911/1993) de las esquizofrenias a los niños no púberes. Asimismo, se puede considerar la propuesta kanneriana (1943) como un intento de independizarse del marco

bleuleriano (1911/1993), manteniendo en su provecho un criterio ampliamente confirmado por sus predecesores.

Tal como lo ha mostrado Sauvagnat (2002a), mucho antes del primer artículo de Kanner (1943), la idea de que el síntoma más visible de los niños psicóticos sería su “retirada del mundo exterior” era muy familiar para los especialistas. Así pues, aunque se proclama la originalidad del síndrome que lleva su nombre, es bastante dudoso que Kanner (1943) haya pensado hacer otra cosa que la de fundar mejor el “grupo” de las esquizofrenias infantiles, definiendo un tipo particularmente característico de ellas, si bien centrado en la infancia.

A propósito de esto, J. Louise Despert (Kanner, 1946), indica que ella ha sugerido, en dos discusiones que siguieron a las conferencias de Kanner (1946), –y Kanner estaba de acuerdo– que el autismo precoz del niño representaba la forma más precoz de la esquizofrenia, en la cual la evolución no se hizo normalmente desde el inicio. Comparativamente es interesante recordar que J. De Ajuriaguerra (1974), consideraba en su “Manual de psiquiatría infantil”, que el autismo no sería sino la más precoz de las psicosis infantiles, acabando por declarar que todos los trastornos del autismo se encontraban en las psicosis infantiles.

Por otro lado, no existe ningún escrito de Kanner donde haya afirmado la inexistencia de la vivencia delirante en el autismo, para él igualmente no era cuestión de sacar al autismo del conjunto de las psicosis infantiles.

No obstante, la aplicación del esquema de Bleuler (1911/1993) a las psicosis desde hace tiempo causaba numerosos problemas; el conjunto de los síntomas descritos estaba muy lejos de encontrarse entre las “esquizofrenias infantiles”; en numerosos casos la sintomatología era muy variable, en otros estaba escondida o al menos no se manifestaba más que débilmente; finalmente en otros, sólo eran visibles los trastornos del aprendizaje o del comportamiento.

Un problema clásico: ¿Tienen alucinaciones los niños afectados por este trastorno?, da una idea de la intensidad de la molestia, del embarazo, de los clínicos respecto a las “esquizofrenias infantiles”. Si bien era, y sigue siendo, clásicamente aceptada la adolescencia como un periodo importante para la emergencia de la psicosis, no lo era tanto, ni reconocidos los fenómenos, de igual manera en la infancia.

Los estudios de Despert (1968) mostraban hasta qué punto la mayoría de los clínicos desconocían la intensidad e incluso la realidad de los trastornos de estos niños, hasta el punto de no llegar a diferenciar alucinaciones completamente comparables a las sentidas por adultos, y “la imaginación” o el “juego” propio a la infancia.

El resultado fue un descrédito creciente de la noción de “esquizofrenias infantiles”, considerada cada vez más como cajón de sastre sin particularidades propias, que se ha venido a exigir en el DSM-IV-TR (Aliño, & Miyar, 2008), como el equivalente absoluto de la esquizofrenia del adulto, algo que nadie hubiera reivindicado en el pasado.

### **11.3 El progreso de las categorías “desarrollistas”**

En oposición a esta categoría considerada como cada vez más caduca, se han desarrollado categorías percibidas como más firmes, bien porque existía una fuerte demanda social para diferenciarlas, como el muy discutido “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, (TDAH, F. 90) (World Health Organization, 2000), bien porque existían test que parecían permitir medir las dificultades planteadas y que de todos modos los niños concernidos presentaban serios problemas de adaptación, como en los “Trastornos generalizados del desarrollo”.

El concepto de trastorno del desarrollo, calcado del desarrollo esperado del progreso escolar, de orígenes anafreudianos (1985a), aparentemente bien documentado por estudios empíricos a falta de designar un tipo de trastorno o de vivencia bien preciso, parecía hecho a

medida para responder a las demandas sociales concernientes a los niños con o en dificultades.

Hemos constatado que se ha franqueado un paso, a partir de aquí: numerosos trastornos que desde hace decenios habían sido considerados como formas particulares de psicosis más o menos enmascaradas se encontraron clasificados por los DSM (Pichot, Aliño, & Miyar, 1995) como “Trastornos generalizados del desarrollo”.

La noción de trastorno tiene un carácter psicológico descriptivo, en el que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto de trastorno mental, tal como el mismo manual estadístico advierte:

*“En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (Pichot, Aliño, & Miyar, 1995, p. XXI).*

Podemos decir que la noción de trastorno responde a un ideal de funcionamiento de clara vocación universalizante: *“en este manual cada trastorno mental es conceptualizado”* (Pichot, Aliño, & Miyar, 1995, p. XXI). Encontrando en la categoría clasificatoria: “no especificados”, el resto de la clasificación universal, fuente de futuras definiciones de trastornos. “Trastorno” no va sin su punto de fuga “no especificados”.

Asimismo dicha noción da cuenta de un deslizamiento desde concepciones médicas a otras más psicológicas. Como se ve en los múltiples malestares que han pasado de ser Síndromes a engrosar el listado de los Trastornos – como el anterior Síndrome de autismo, ahora Trastorno del Espectro Autista. Esta desmedicalización se acompaña de otras consecuencias, ya que el Síndrome mantenía una cierta indeterminación causal, un no saber



sobre la etiología, transformado actualmente, ya que la mayoría de los Trastornos tiene una cierta voluntad de convertirse en “hándicaps” de carácter crónico.

Es decir, se habla de categorías clínicas definidas bastante recientemente, Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Asperger (American Psychiatric Association, 2014), cuyos principales síntomas son por el momento objeto de consenso, si bien algunos tiendan a ampliar los contornos de forma poco controlada.

Estos desplazamientos dan cuenta de un campo en constante evolución, en el que surge la pregunta ¿habría psicosis en la infancia distintas del autismo?

#### **11.4 Dos posiciones divergentes en el campo freudiano**

¿Cómo se plantea esta pregunta dentro del campo del psicoanálisis lacaniano?

Tal y como lo señala E. Morilla (2002), encontramos dos posiciones divergentes en la práctica psicoanalítica de orientación lacaniana, a partir de los años ochenta, que concierne al autismo y a la psicosis en el niño.

Están aquellos que hacen, desde una perspectiva estructural, del autismo un estado transitorio, dentro de la esquizofrenia. Y aquellos que quieren hacer del autismo una estructura nueva y diferenciada.

Eric Laurent (Bruno et. al. p. 147.) es el representante mayor de quienes opinan, entre los psicoanalistas de orientación lacaniana, que el autismo es un estado transitorio dentro de la esquizofrenia.

Del otro lado tenemos a los Lefort, cuya tesis sobre el autismo, como una nueva estructura (2000), constituye, por su radicalidad una de las dos posiciones fundamentales de investigación sobre el autismo en el campo freudiano.

Las ocasiones en las que Lacan habla del autista, lo pone en serie con el esquizofrénico. Desde el seminario I (1975b), en el que, en su comentario del caso Roberto,

habla de estructura esquizofrénica, a su “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma”, en la que también los pone en serie:

*“Todo lo que dije lo implicaba. Se trata de saber por qué hay algo en el autista, o en el llamado esquizofrénico, que se congela”.* (Lacan, 1975/1988, p. 134.).

A lo largo de veinte años de enseñanza Lacan mantendrá esta posición.

Como lo señala Pierre Bruno, para Lacan solo existe una polaridad entre la esquizofrenia y la paranoia, en ningún momento distingue el autismo de la esquizofrenia. (Bruno, Baio, Bassols, Berenguer, Calvet, & Eldar... Terrise, 1992a, p. 113). Esto no se contrapone con la existencia de estados autistas. El autismo infantil precoz sería una esquizofrenia desencadenada tempranamente, lo considera una forma extrema de la esquizofrenia, una variante de la esquizofrenia. Sin que se pueda hablar de una diferencia cualitativa entre esquizofrenia y autismo (Bruno 1992b).

Colette Soler (1997), distingue los niños autistas de los niños claramente delirantes. Propone que no existen autismos puros, debiendo de ser considerados como un polo, como un rechazo a entrar en la alienación, deteniéndose en el borde, lo que hace que los autistas aparezcan como significados del Otro, ya que hablan por ellos, y buscan un sentido a su conducta. De este modo la psicosis en el niño se manifiesta siempre como forma mixta. Pero añade que tanto en el autismo, considerado como un polo, como en la esquizofrenia y la paranoia, es legítimo hablar de forclusión del Nombre-del-Padre.

Distingue cuatro tipos de fenómenos que le son propios: Son niños que se sienten perseguidos por los signos de la presencia del Otro, especialmente por los objetos voz y mirada. De ahí que vivan la presencia del Otro como intrusiva. La segunda característica es la anulación del Otro, pueden parecer sordos, no miran ni sostienen la mirada. El tercer rasgo es el rechazo de que el Otro pueda producir una exhortación con la palabra. La ausencia de la dimensión de la llamada es el complemento del rechazo a ser llamado por el Otro.

Para Philippe Lacadée (2009), no es de gran interés, en la orientación clínica y en la experiencia que viven estos sujetos, separar el autismo de la esquizofrenia. Para este autor, tanto el dicho autista, como el dicho esquizofrénico, “*se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido*” (Lacan, 2001e, p. 474.). El discurso para Lacan se establece sobre la base mínima de la articulación de dos significantes: S1-S2. Y todo el lazo social, todo lazo al Otro, se estructura y se funda sobre lo que Lacan llama el discurso del amo o del inconsciente (Lacan, 2001d, p. 447.), que necesita de la articulación entre dos significantes, siendo el sujeto del inconsciente el efecto de esta articulación. Preguntándose por las consecuencias que esta posición singular, de excepción, frente a la lengua, tiene para los dichos autistas.

Para Lacadée (2009, p. 256.), el autista habla, es un ser hablante, lo que le falta es el lenguaje, es decir el sistema que le permitiría escuchar las palabras. Él no nos escucha por defecto del código del Otro entre nosotros y ellos. Precisando que lo que le falta es, al igual que al dicho esquizofrénico, el auxilio de un discurso establecido. Su dicho no se articula al otro, es un dicho que califica de significante Solo, con los efectos de fuera de sentido que ello implica.

Esta posición contrasta con la de Michel Silvestre (1997), quien partiendo de la diferencia que Lacan (1966b) planteó entre palabra y lenguaje, propone que el autismo es una forma extrema de manifestación de las relaciones del ser humano a la palabra. Si bien está tomado, plantea este autor, como todo el mundo en el campo del lenguaje, se encuentra desprovisto, en su acceso como sujeto, a la función de la palabra.

Por el contrario Lacadée (2009, p. 256.) afirma que lo que falta al sujeto autista, lo cual lo pone en serie con el esquizofrénico, es el lenguaje. Le falta el socorro de la articulación significativa S1-S2, hay algo que se congeló y no puede tener el recurso a un S2.

En este sentido el autista toma el sentido opuesto a la comunicación, a la entrada en la dialéctica significante. No pudiendo dirigirse su palabra más que a sí mismo.

Este significante Solo no tiene nada que ver con el significante de la identificación primordial. Ya que el autista rechaza su inscripción bajo el significante y en este sentido, también el significante de la identificación primordial.

Lacadée (2009) comparte la tesis de Laurent (1997) según la cual el autista encontraría un apoyo en un objeto fuera del cuerpo. Objeto que se convierte en su verdadero partenaire real. Este objeto *“es un órgano suplementario que el niño intenta, al precio de su vida, si es necesario, introducir como el órgano que convendría al lenguaje de su cuerpo”* (Laurent, 1997, p. 43).

La posición de Laurent, en relación a la cuestión objeto de la discusión es la siguiente: piensa que no sería útil separar al niño autista de la esquizofrenia, si tomamos a ésta, según la definición que Lacan (2001e): la esquizofrenia como la tentativa de añadir un órgano a su cuerpo propio, distinguiéndola de la paranoia, que asigna el retorno del goce al Otro (Laurent, 1997, p. 43).

### **11.5 Éric Laurent: el autismo es un fenómeno**

Laurent (Bruno, et. al. 1992a) propone un retorno al Lacan de la última enseñanza, en lo concerniente al autismo. Recuerda las indicaciones en las que Lacan (1975a/1988) subraya el hecho de que el autista está alucinado. Es debido a esto por lo que no puede escuchar un llamado, porque ya tiene la respuesta bajo la modalidad alucinatoria. Lo cual abre la posibilidad de estabilizaciones posibles dentro del autismo. Señalando la aparente paradoja: si hay cura y el niño sale del estado autista entonces no era autista.

Para Laurent (Bruno, et. al. 1992a) la acción de la forclusión está presente en todos los casos de autismo. Afirmando que en el autismo el significante del Nombre del Padre no

solamente está forcluido, sino que todo lo simbólico se vuelve real –como lo plantea Miller (1994) para la esquizofrenia-, es decir, parte del hecho de que no hay Otro en el autismo, del que si dispone el psicótico.

Como hemos subrayado antes, dice que no hay ningún interés en separar el autista de la esquizofrenia, pensándola como el intento de la esquizofrenia de añadir un órgano a su propio cuerpo, siendo el punto que él considera fundamental en la orientación de toda investigación clínica sobre el autismo: los modos de estabilización.

En este punto Laurent se distancia de los Lefort, para quienes la salida del autismo es posible para entrar en la psicosis, y dice:

*“Yo no he visto jamás un autista salir del autismo, por el contrario he visto estabilizaciones, eso sí. Y he visto pasajes a la psicosis. Robert Lefort decía el niño autista sale del autismo para entrar en la psicosis. Me parece que esto ocurre en todos los casos cuando ha habido un análisis, encontramos una salida del autismo, que parecía un estado, un estado transitorio, un fenómeno, y no una estructura”* (Bruno, et. al. 1992, p. 147.).

Laurent inscribe el autismo en una nueva perspectiva clínica, para construir una clínica diferencial de las psicosis a partir de los diferentes modos de retorno de goce, siendo su tesis: Si la paranoia es el retorno del goce en el Otro, la esquizofrenia es el retorno del goce sobre el cuerpo, el autismo es el retorno del goce sobre el borde.

En su artículo “Los futuros de los espectros del autismo” Laurent (2010b), volverá sobre este punto: *“considerar el goce del autista como un borde relativo a efectos de encapsulamiento”* (p. 226), diferenciándolo del goce del paranoico localizado en otro malvado perseguidor y también del goce del esquizofrénico que se incluye en el cuerpo.

Esta cápsula, este borde que inicialmente es un límite que define su espacio de seguridad frente a un Otro amenazante, puede desplazarse, produciendo lo que llama un

espacio de juego, que es asimismo la construcción de un borde en el autismo (Laurent, 2010b, p. 227.)

### **11.6 Los Lefort: el autismo, una nueva estructura**

Los Lefort, en una ponencia titulada “L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social” (1997), hablaron por vez primera de “estructura autística” y también lo hicieron de “personalidades autísticas” (1997, p. 21.). Esta última mención es utilizada en relación a los autistas adultos, que en aquel momento era el campo de su investigación, que se había desplazado a este punto desde los autismos infantiles. Subrayando que para estas personalidades autísticas la suplencia se efectúa del lado de la exacerbación de la inteligencia.

En la primera parte de una entrevista realizada por F. Ansermet (1997) dan cuenta de cinco puntos específicos del autismo, que ellos aislaron, en los que fundamentan su afirmación de la estructura autística, y que son los siguientes:

1. **Violencia y destrucción:** Planteando que el autista frente al Otro se encuentra sometido a esta pulsión de destrucción, ya que para el autista el mundo –el Otro– es a destruir, o le destruye.
2. **La inexistencia del Otro.** Precisan que no hay Otro en la transferencia, ni Otro de la imagen, ni del significante, ni el que porta el objeto a. El Otro puede estar ahí y al mismo tiempo no tener existencia para un sujeto. Para que este Otro exista hace falta que sea agujereado. Precizando como elemento diferencial con la esquizofrenia, que el esquizofrénico se precipita a dar al Otro lo que lo va a colmar, mientras que es a la inversa para el autista.
3. **La ausencia del objeto pulsional.** Siguiendo su lógica si los objetos pulsionales son del Otro, y no hay Otro, no hay objetos pulsionales. No hay para el autista ni el objeto oral, ni el anal, ni la mirada, ni la voz. Ni tampoco hay el balbuceo. No hay

*lalengua*. (Ansermet, 1997, p. 37.), desplegando esta hipótesis: la alienación del autista en el significante del Otro es estructuralmente imposible, contrariamente al psicótico en el que si se da dicha alienación, por más que esta produzca efectos desastrosos (p. 40.).

*“No hay ni alienación ni separación en el sentido en el que Lacan lo entiende, ya que falta la dialéctica significativa, la alienación es reemplazada justamente por el real del doble”* (p. 40.)

4. El doble en lo real. En el mundo del autista por todos los lugares hay doble. Todo es doble. *“Es la división del sujeto en lo real”* (p. 39.). Se trata de un mundo real, pero no alucinatorio.
5. El espejo en lo real. En este mundo del autista, el espacio virtual no existe, ya que todo es real y no se produce la imagen especular. El autista que se mira en el espejo no ve su imagen, ve a otro.

Unos años más adelante, además de estos puntos, presentarán un mecanismo significativo nuevo causal del autismo, la idea de la forclusión del Deseo de la Madre.

*“No se trata solamente de la forclusión del Nombre-del-Padre, sino de forclusión de la simbolización primordial de la madre”* (Lefort & Lefort 2000, p. 74.).

Su interés por resolver las preguntas concernientes a la estructura autística, especialmente en lo concerniente al diagnóstico diferencial con la esquizofrenia, les llevó a interesarse por los trabajos biográficos y autobiográficos, que comenzaron a aparecer las últimas décadas del siglo XX, principalmente en los Estados Unidos. Dedicaron a ello su último libro *“La distinction de l'autisme”* (Lefort & Lefort 2003), en el que afirman que la

“estructura autística”, vendría como la cuarta de las grandes estructuras junto con la neurosis, la psicosis y la perversión (p. 8.).



## 12. Estudio de cuatro casos<sup>1</sup>

Las respuestas de Lacan (1975/1988) en “La conferencia de Ginebra”, muestran su punto de vista paradójico, al plantear que los autistas, a pesar de su mutismo, son verbosos, y que si bien nos cuesta trabajo escucharlos, propone: “*finalmente sin duda hay algo para decirles*” (Lacan, 1975/1988, p. 134.).

Abriendo la dimensión de la intervención del analista, incluso frente a sujetos con graves dificultades en el uso de la palabra.

El sufrimiento se manifiesta en la conducta singular del niño, en su particular relación al propio cuerpo, a las actividades que tienen que ver con este, en su relación al saber y en sus modos de lazo con los otros.

Malestares que en muchas ocasiones afectan a sus pares, los hermanos y compañeros, o a los adultos, padres, profesores...etc., que son quienes se quejan, se preocupan y quienes generalmente traen a los niños a consultar.

Es necesario que el niño consienta a confiar sus angustias, inhibiciones y síntomas a alguien que en primer lugar va a favorecer esta posición de confianza, colaborando con ella. En ocasiones el rechazo o el desinterés del niño necesitan también de la invención del psicoanalista para propiciar que se establezca ese vínculo tan especial que llamamos transferencia.

El psicoanálisis es una práctica que se hace cargo de eso que se opone a la vida cotidiana de los hombres, de lo que la imposibilita. Lo cual, por supuesto, es también el caso de muchos niños, para quienes: acceder al saber, comer, defecar, convivir junto a otros,

---

<sup>1</sup> En aras de la confidencialidad, los nombres, edades y lugares de los casos que se presentan en este capítulo han sido transformados.

resulta imposible o insoportable. Eso, que se opone a la vida cotidiana, es lo que llamamos síntoma, y que nos encontramos en nuestra práctica clínica cotidiana.

El síntoma, desde la perspectiva psicoanalítica, es lo que para cada uno no va, no funciona. Lo cual no siempre es algo claro. Puede ser un malestar difuso –por ser canónicos, en los tres ámbitos en los que Freud (1930/1986) definió el malestar, como: cuestiones con el propio cuerpo, la relación con los otros o con el mundo exterior; lo cual no depende de la edad. Los fenómenos elementales, propios de la psicosis, como vimos, forman parte de la subjetividad, de aquellos que los relatan, -tienen la certeza de que se refieren a ellos- , incluso si son vividos con la mayor exterioridad, como ajenos, si bien participan de esta dimensión de imposibilitar la vida cotidiana. Diferenciaremos entre síntoma para las neurosis y fenómeno elemental en la psicosis.

Del fenómeno elemental en la psicosis Lacan (1966e) dice que: *“en ningún sitio el síntoma si se sabe leerlo está más claramente articulado a la estructura misma”* (p. 537.), y definiendo también al síntoma como algo que señala al sujeto, pero que no sabe lo que es.

Encontramos esta dimensión de algo que señala al sujeto, pero no sabe lo que es, en múltiples ocasiones en casos de niños con psicosis, o las hoy llamadas trastornos generalizados del desarrollo. Estar señalado por algo que no se sabe que es, es en ocasiones la forma mínima de estar implicado en aquello de lo que uno se queja.

Este es un punto primordial, ya que como señala Monribot (2010), para que se produzca el síntoma psicoanalítico hace falta que el sufrimiento no enmascare el grado de implicación del sujeto como artesano de su propio síntoma.

Encontramos muchos casos en donde la causalidad del propio sufrimiento está alojada en los otros. Son los compañeros que se ríen de mí. Me miran mal, y no hay ninguna implicación, ninguna asunción de responsabilidad en lo que acontece. Para que un análisis se

inicie es necesario como decía que el sufrimiento no enmascare el grado de implicación del sujeto como artesano inconsciente de su propio síntoma.

Esta diferencia entre sufrimiento y síntoma, basada en la asunción de implicación, es fundamental para el psicoanálisis. Para la constitución del síntoma como formalizado en su diferencia del puro sufrimiento. Para ilustrar este punto presento el caso de un niño a quien llamaré Lucas.

### **12.1 Caso Lucas: El inocente responsable**

Los padres de Lucas acuden a consultar al servicio de atención para niños autistas y psicóticos, mencionado, desesperados. Lo hacen después de que su hijo haya sido expulsado del colegio en varias ocasiones. Sus notas son buenas, sin embargo ha agredido e insultado a sus compañeros y en algunas ocasiones a varias maestras.

Los problemas se detectaron tiempo atrás al producirse la primera separación de la familia con el inicio del colegio. Lucas tenía entonces tres años y ya arremetía contra los otros, verbal y físicamente, pasando largos ratos de espaldas a los compañeros, sin hablarles, accediendo a jugar con ellos sólo si no le contradecían. Cuando esto ocurría sus reacciones eran desproporcionadas. Los ruidos de la clase le resultaban insoportables y se tapaba los oídos, asustándose mucho con los ruidos inesperados. Los padres relatan como también mostraba miedo frente a cosas inofensivas para otros, como el viento, o si algo le caía manchándole el jersey, entraba en pánico gritando: “¡Quitadme eso de ahí!”.

A los cuatro años los padres se separan y debido a los problemas en la escuela comienza un recorrido por diversos tratamientos. Varios años con una psicóloga, que lo diagnostica de TOC, y posteriormente en servicios públicos de psiquiatría donde les dicen que puede que tenga rasgos autistas, siendo diagnosticado de Síndrome de Asperger. Cuando le recibo Lucas tenía ocho años.

Los recuerdos de la madre sobre la infancia de Lucas son borrosos, no recuerda ni como comenzó a andar ni a hablar.

### **12.1.1 Primeras entrevistas. Cansado y aburrido**

En la primera entrevista Lucas se muestra muy reticente y silencioso, escondiéndose de mi mirada y ocultando su cabeza entre sus brazos cruzados, que apoya sobre la mesa. Dice, respondiendo a mis preguntas, no saber por qué acude aquí, ni por qué fue a la psicóloga. Tras un largo silencio comienza a apretarse la muñeca de la mano derecha con la izquierda, añadiendo: “la mano se pone roja porque la sangre no circula. Lo comprendí y por eso lo supe. Me gusta conocer el porqué de las cosas”. Sin embargo no sabe porque viene a verme.

Las noticias que me llegan del colegio son que Lucas es expulsado reiteradamente de clase debido a agresiones constantes a los compañeros, que se inician sin causa aparente. Según los educadores su posición es la de “todos contra mí”, siendo él siempre inocente y la culpa de los otros. Tras insultar gravemente a una profesora y volcar en ese momento dos mesas de la clase, aconsejo medicar a Lucas y también ponerle un auxiliar para los momentos difíciles: el comedor y el recreo.

Frente a la aparatosidad de los pasajes al acto en el colegio, Lucas, en su estilo reticente y su tono melancolizado, va estableciendo, poco a poco, una queja como constante: Está cansado y aburrido. Dice estar aburrido desde siempre y cuando esto le ocurre se siente mal hasta llegar al dolor de cabeza. Tiene que buscar algo con qué divertirse, y sabe que no lo puede hacer con los otros chicos. Explica cómo le da pena recordar las pocas ocasiones en las que se divirtió porque ese tiempo ya pasó. “Tengo el recuerdo, pero no lo estoy viviendo, ya no es ese momento” y eso le hace llorar. Por otro lado de día está muy cansado porque a las noches las pesadillas le despiertan. Oscila entre el aburrimiento y el exceso.

### **12.1.2 Consentir a entrar en el dispositivo**

No tardará en contarme que tiene muchas peleas en el colegio. Los dichos y gestos de los otros se tornan alusivos para Lucas, especialmente en el patio o en clase de gimnasia, donde el automatismo, del enjambre de las voces, que surge de los juegos en los que los otros le jalean invitándolo a correr y a “pillar”, le resultan injuriosos. Es su certeza de que los otros niños le insultan. “Se burlan de mí, me llaman gordo y gilipollas”. “Es una injusticia que se metan todos contra uno”. Se burlan y él les pega.

Esta es su posición subjetiva: víctima de la injusticia él se defiende. Muchas veces, en casa, en el colegio, le han intentado convencer de que esto no es así, sin ningún resultado. Sin embargo no discutir su certeza permitió sugerirle: que responder a los otros como él lo hacía le traía muchos problemas. Lucas estuvo de acuerdo, y este fue su modo particular de consentir a entrar en el dispositivo analítico.

A partir de aquí me comentará detalladamente como aparecen estos signos, como, cuando se burlan, él no puede pensar en nada más que en pegar. Su interpretación es que se aburren y se divierten metiéndose con él. Él les oye como le dicen: “has hecho trampa”, se meten conmigo, y “siente eso” “y solo pienso en pegar, no puedo frenarlo”.

Se desvelaba de este modo la relación de las palabras con esta sensación insoportable en el cuerpo, tal y como Lucas lo expresaba muy precisamente: “Depende de lo que me digan siento una cosa u otra. Me llamaron gordo y me sentí ofendido, humillado”. Siente eso, incontrolable, que llama “la furia”. Durante largo tiempo me contará sus esfuerzos por frenar, defenderse de este goce que irrumpe en su cuerpo. Es la vivencia xenopática.

### **12.1.3 Un breve lapso de paz y un episodio en el que queda caído**

El trabajo de localización del automatismo mental (De Clérambault, 1987) que hacía emerger este insoportable en el cuerpo (la furia, una xenopatía) posibilitó un apaciguamiento temporal. Los incidentes se frenan y Lucas se pregunta “¿es que mis compañeros no se burlan de mí o es que a mí no me importa?” ¿Es una transformación del Otro o del sujeto? Es una localización del goce, de su malestar.

Durante un tiempo los incidentes desaparecen, pero un día la acompañante que trae a Lucas del colegio, avisa a la madre que esa tarde no le podrá recoger. A la madre se le olvida irle a buscar y Lucas queda hora y media solo en el patio del colegio. Por suerte ese día los profesores tuvieron una reunión y al salir de ella su tutora le vio. Estaba en un rincón, en cuclillas, aterrorizado, llorando y se había hecho cacas. A partir de este suceso se reanudan los incidentes y tras uno de ellos dirá a la tutora que bastantes problemas tiene él en casa, como para tenerlos en el colegio, que era el único sitio en el que estaba bien. Que su vida era una mierda y que para seguir así mejor se moría. Es la tutora de Lucas quien me relata esto de lo que él no me ha hablado.

Vuelve junto con la vivencia de injusticia la furia, de la que habla en sesión, y su imposibilidad de contenerse, con los problemas que eso le trae. Tal como le pasó un día en el que estaba empujándose con otro chico y la profesora le llamó la atención solo a él. Esto le pareció injusto y se puso a gritar, le mandó a la mierda. Ella le exigió que pidiera perdón delante de toda clase a lo cual él se negó. Al final llegaron a un acuerdo. Tras este suceso ensaya una interpretación sobre la causa del mismo. “Yo había discutido en casa con mi madre, que dice que yo tengo la culpa de todo. Iba al colegio irritado y triste, y eso hizo que fuera más fácil tener un incidente”.

Asimismo en este momento Lucas relata varias pesadillas. Esta que les traigo da cuenta de la prevalencia, en el caso, de la voz áfona en su dimensión persecutoria. “Un

monstruo le persigue. Él sabe que está ahí. Es un sueño silenciado, en el que no ocurre nada de sonido”.

#### **12.1.4 Un invento**

Comienza a jugar, en la play-station, a un juego de pizzerías en el que hay que acabar con la competencia. Para ello se usan todo tipo de trucos: echar bombas al local rival, contratar gamberros para expulsar a los clientes...etc. También se contratan policías para proteger el local: a medida que se pasa de pantallas los policías adquieren más nivel, llegando Lucas a contratar siete para sentirse más seguro.

Este juego, en el que aparecen armas, hace serie con la actividad que Lucas denomina “inventar cosas”, porque plantea que “después de estar varios días de vacaciones en casa vuelvo al colegio. En el colegio me aburro y entonces cuando no puedo más me invento cosas... dibujo un tanque o una metralleta. Se me ocurre también construir cosas, no sé cómo se me ocurren, son cosas de lógica, de encajar piezas, del lego”, no sabe cómo eso le viene a la mente, pero cuando no puede más eso le tranquiliza.

Este atisbo de invención sirve para frenar el pasaje al acto, es decir es un modo, incipiente en el caso, de regular este malestar insoportable en el cuerpo, que le empuja al pasaje al acto. ¿Por qué? Porque, si bien la interpretación de Lucas es que el Otro le persigue porque se aburre, para divertirse, -lo cual es totalmente proyectivo; es su aburrimiento lo que le empuja al pasaje al acto, para animarse. Oscila entre el aburrimiento y la furia.

Las agresiones a los otros han sido sustituidas: por los dibujos de “tanque y metralleta”, que hacen serie con el juego de “eliminar la competencia”; y también por la “lógica, de encajar piezas del lego”, que nos remiten a la lógica, causa efecto, aplicada al cuerpo (la mano se pone roja porque la sangre no circula) de la primera entrevista.

Esta invención, modesta, sorprende en cierta medida al sujeto, cuando dice que no sabe cómo se le ocurre. Sin embargo frente a la total exterioridad, con la que recibía los insultos de corte alucinatorio, el sujeto ahora se la puede atribuir (el inventar cosas).

Creo entonces que para que se produzca la invención, el sujeto debe consentir a entrar en el dispositivo, es decir a responsabilizarse de su malestar (aburrimiento/furia), incluso en el caso de un inocente. Y así el trabajo desplegado bajo transferencia de localización de estos insoportables, articulando el automatismo mental (el enjambre de voces insultantes en el recreo) con las sensaciones en el cuerpo, ha permitido al sujeto realizar la operación de pasar de ser un puro objeto de la alucinación, a poder nombrar atribuyéndose estos insoportables como causa de sus pasajes al acto.

En el caso de Lucas, en su vertiente más mortífera, –recordar la gravedad del caso– muchas cosas le señalaban, eran signo de una mala intención de los otros, de las que él no dudaba. Él tenía la certeza incommovible de que eso era así. Pero era necesario ayudarlo a formalizar eso que señala al sujeto, pero no sabe lo que es, y conseguir una responsabilización de eso que él hacía. La sintomatización del malestar comienza cuando él dice: “siento eso”. “y solo pienso en pegar, no puedo frenarlo”. Ayudarlo a formalizar ese imposible que irrumpe en su vida, imposible, ya que no podía frenarlo, porque era más fuerte que él, aunque quisiera hacerlo.

### **12.1.5 El síntoma tiene una función**

En este sentido el síntoma tiene una función, incluso si es tan mortífero como lo eran los pasajes al acto en este niño, que lo alejaban de la vida normal con los demás. Los pasajes al acto tenían en su caso la función de tratar ese insoportable, que era más fuerte que él, que logró nombrar como furia, o aburrimiento.



Si bien en un primer momento los pasajes al acto no habían sido todavía articulados propiamente como un síntoma, es cuando Lucas dice que no puede frenarse frente a la furia, aunque quiere hacerlo, que su comportamiento toma una dimensión sintomática y llega a realizar esta modesta invención que lo apacigua. Logra un desplazamiento menos mortífero de lo que era su primera invención –si es que lo podemos llamar así por su dimensión abrupta- que eran los pasajes al acto.

Porque no toda disfunción psíquica o subjetiva tiene un valor de síntoma. En ocasiones hace falta un trabajo previo para que una dificultad llegue a ser un verdadero síntoma del sujeto.

Si bien el síntoma hace sufrir y requiere un tratamiento, tiene una función que en psicoanálisis no hay que descuidar. El síntoma ya es un auto-tratamiento, una respuesta, que el sujeto se impone ante un real insoportable, y en ese sentido es una creación singular. Como lo vemos en la invención que hace de los dibujos de metralletas y el uso del juego de la play. Consigue inventar algo menos molesto para sí mismo y para los demás.

Por eso cuando el síntoma se identifica y se formula, entonces se trata de ponerlo a trabajar y no de suprimirlo demasiado rápido, salvo cuando el sujeto se pone en riesgo o pone en riesgo a los demás.

En este sentido el uso de la play que frenaba los pasajes al acto hubiera podido llegar a ser excesivo y bienintencionadamente alguien hubiera querido regularlo, pero en este caso eso hubiera podido ser catastrófico.

En ese sentido, el reconocimiento que el psicoanálisis hace de la función del síntoma se diferencia, de la reducción de este a un simple trastorno a erradicar a cualquier precio, como proponen otras lógicas curativas.

Para ahondar en este punto propongo otro caso de un niño al que he llamado Jon.

## 12.2 Caso Jon

Adoptado a los nueve meses de vida, siempre se mostró muy inquieto, incluso durmiendo. Los padres adoptivos desconocían todos los datos previos a su adopción. Siempre muy movido “se subía por las paredes”. Comenzó a correr antes que andar. E inició el habla con normalidad.

Con el comienzo de la guardería a los veintiún meses se iniciaron las agresiones a los otros niños, que prosiguieron hasta los once años, momento en el que le recibo en la institución. Durante este tiempo es atendido por muchos profesionales y también recibe muchos diagnósticos: Trastorno del vínculo temprano, Retraso mental, Trastorno de conducta, Psicosis infantil, TGD sin especificar, Síndrome hiperkinético con impulsividad eréctil máxima.

Tiene su primer ingreso a los ocho años -es un ingreso psiquiátrico en un servicio de pediatría, al que se siguen muchos más. Los informes relatan su gran inquietud motora, impulsividad incontrolable, dificultad para mantener la atención que dificulta los aprendizajes y su adaptación al entorno. En los ingresos se realizan diversas pruebas, de todo tipo. Descartándose anomalías genéticas, metabólicas o lesiones cerebrales. Tras una consulta con carácter de urgencia, por conducta psicomotriz incontrolable, es diagnosticado de Síndrome hiperkinético con impulsividad máxima, intolerancia, inestabilidad, comportamiento desafiantes y opositorista.

Cuando le recibo con once años ha tenido ya varias estancias en unidades psiquiátricas de adultos, donde ha sido ingresado por múltiples pasajes al acto, agresiones en el colegio y a su madre.

En la primera entrevista se sienta en su silla y absolutamente quieto me dice que se porta bien y come bien. Su lenguaje es muy fragmentado, y sus frases no producen una

significación. Sin embargo poco a poco en la serie de estas primeras sesiones me va hablando de ruidos.

Ruidos que le hacen daño en los ojos –dice señalándose los oídos. Ruidos de la tele, del camión de basura, del panadero que no le deja dormir. Ruidos cuando le chillan.

Desde esta inmovilidad inicial tan llamativa, para alguien con su “currículum”, absolutamente atento, logra a pesar de su lenguaje fragmentado y confuso relatar esta serie de ruidos que le duelen.

Más adelante me explicará su particular división del mundo: los chicos juegan al fútbol, las chicas al baloncesto. Y curiosamente él, que es incapaz de convivir con los otros, en lo que es la primera socialización del niño: la guardería o el colegio; que agrade a los otros..., curiosamente Jon, juega de delantero en el equipo de su pueblo, correspondiente a su edad, y mete muchos goles.

Goles que me cuenta convirtiendo las sesiones en gritos de ¡¡¡GOL, GOL, GOL, GOOL GOOOL, de Toquero!!! Y hace la serie de los goleadores de la liga, de España y Europa, anudando a los gritos de Gool, en cada ocasión, un nombre propio (Messi, Abrahimovic, Etoo...etc.), junto con los gestos con los que cada uno de los goleadores celebra sus goles.

Van tomando así consistencia en su discurso fragmentado, la presencia de fenómenos elementales, bajo la forma de los ruidos malos y de los gritos de gol, es decir, una serie de gritos buenos.

Es solo tras esta confianza, de los ruidos buenos y malos, que Jon que sigue instalado inmóvil y atento en su silla, puede relatarme un fenómeno que le sucede. Dirigiéndose desde su silla hacia la esquina del despacho dice: “ese me insulta” “me dice gilipollas... (Una serie de insultos)”, “hay uno ahí que me insulta”.

Jon puede dar cuenta de una presencia que lo insulta. Presencia que va más allá de lo imaginario, que no es una ficción, sino una presencia alucinada, que podemos suponer permanente. Al preguntarle por este otro insultante que está ahí siempre dice: “no tiene nombre”.

Lo cual permitió realizar una interpretación, decirle, que “ese que no tiene nombre y que le insulta” era él mismo los nueve primeros años de su vida antes de ser adoptado. Esta interpretación, pero también el conjunto del tratamiento, lo calmó, frenó la violencia y regularidad de los pasajes al acto en gran medida. Siguió siendo un niño loco, pero se humanizó.

Dejarle hablar, escucharle y acomodarse a la posición subjetiva de este niño posibilitó que él pudiera hablar de lo que le preocupaba (incluidas sus pesadillas con un grupo de payasos). Había escuchado innumerables reprimendas de todo tipo, en la escuela, en la familia, en la asistencia psicológica y psiquiátrica. Es por eso que en la primera entrevista dice “me porto bien”.

Pero es la oferta de dejarle hablar la que le permite confiar este fenómeno, esa presencia de corte alucinatorio, que estaba en la base de sus agresiones a los otros niños.

Es una hipótesis, pero podemos pensar que con la salida del ámbito familiar y el inicio de la guardería, Jon confrontado a la imagen de los otros niños, o quizás con la sola presencia de los otros niños, se desencadena y comienzan las agresiones. En la base de sus agresiones está este fenómeno tan singular de la presencia de ese otro sin nombre que le insulta. Este fenómeno, el síntoma, vendría a responder –en versión psicótica- de lo insoportable de estos nueve meses previos a la adopción.

Entonces el síntoma tiene una función que nos orienta. Ya que es una respuesta, un tratamiento de lo insoportable. Se trata de ayudar al niño a construirlo y quizás a desplazarlo.

Lo insoportable, es como bien dice Jon eso que no tiene nombre, lo innombrable para cada sujeto, efecto sin duda de una contingencia para el sujeto.

### **12.3 Caso Martín**

El síntoma en la psicosis se plantea de manera global y no aislada. Si tomamos el delirio como síntoma, este no es parcial, así el fenómeno elemental, tal como Lacan (1981, p. 28.) lo plantea en su seminario III, es la estructura misma.

Para S. Freud (1925/1984) el delirio no modifica una parte de la realidad, sino que lo que se modifica es la relación con la realidad como tal. El trabajo del delirio se va a realizar sobre los puntos en los que se ha conseguido una solución de continuidad con la realidad, es decir, recae sobre las cristalizaciones psíquicas: huellas mnémicas, representaciones y juicios tomados de la realidad. Es la idea, del fenómeno elemental como idéntico a la estructura misma. En esta perspectiva, una transformación operada sobre la estructura del lenguaje, modificaría la relación con la realidad como tal.

#### **12.3.1 Gran prematuro**

Recibí a Martín cuando faltaban pocos días para que cumpliera los tres años. El tratamiento, se prolongó durante cuatro años.

Su madre que es quien le trae le define como un gran prematuro. Martín nació con cinco meses y medio, dice la madre, 700 gramos y 35 centímetros. Tras el parto tuvo que permanecer ingresado cinco meses en el hospital. “Tuvo tarde la voz”, dice la madre: “Al mes. Ya que antes se le oía como proveniente de un teléfono. Tenía la piel sin formar, delgada como papel, sin grasa bajo la piel. Era como un viejecito”. Ella lo pudo coger al mes.

Dice que Martín cuando podía mirar, tenía una mirada triste, sin brillo, una mirada prematura. No como los recién nacidos. “Nunca fue un recién nacido”, dice. Entubado, con

ventilación asistida desde el nacimiento, con alimentación parenteral los primeros meses de vida, se infecta de meningitis (*Klebsiella Oxytoca*) en el hospital, de la que se recupera fácilmente. Al segundo mes le detectan una fractura de fémur izquierdo de la que no se habían dado cuenta y más tarde es operado en el mismo hospital, en dos ocasiones; una para separarle la ligadura del ductus y de una hernia inguinal izquierda.

Me entrega distintos informes médicos en los que es diagnosticado de Trastorno generalizado del desarrollo, presentando torpeza motora, ausencia de control de esfínteres, estrabismo, y donde dice que no combina palabras como correspondería a su edad.

A ella le parecen ciertos los trastornos del desarrollo, pero lo que cuenta, es que ahora Martín le inquieta, antes no saltaba y ahora sí, y aunque el niño apenas habla, dice tan solo unas pocas palabras, por ejemplo, agua, la repite diez o más veces hasta que ella se la da. Finalmente me plante a su preocupación, le angustia que lo que le pasa a Martín esté relacionado con los problemas psiquiátricos de ella misma.

Relata entonces un episodio, en el que cuenta como se perdió en un aeropuerto, fue ingresada en un psiquiátrico y medicada.

En el momento en el que la madre relata la escena en la que ella se perdió en el aeropuerto, el niño sale corriendo del despacho.

### **12.3.2 Aquí-Allí (Fort-Da)**

Desde el primer momento Martín me muestra que dispone de un par de significantes, dice: “qui” (aquí) y “allí”. Habla muy poco y se le entiende muy mal, enciende y apaga constantemente la luz, cierra y abre las puertas y los cajones, metiendo y sacando cosas de ellos. Dice “aquí”, “allí”, también dice “ama”, “niño” y “agua”.

Comenzará a jugar, durante estos primeros meses, a esconderse. Yo le llamo por su nombre y él en un primer momento responde indistintamente “aquí” o “allí”. Finalmente, en una ocasión, le llamo “Martín” y dice “aquí”.

Por otro lado, lo que él hace es sacar y meter las pinturas del bote de pinturas, para ponérmelas en la mano. Vacía el bote de pinturas diciendo “aquí-allí” y pone las gomas en mi mano.

Hace el juego de poner tres gomas en el brazo de la silla y dice “ya está”, se baja de la silla y me mira. Doy por finalizada la sesión.

En otra sesión se acerca al bote, saca las pinturas y me mira, “oto”, dice de la pintura amarilla, que se rompió en otra sesión. Juega con los cajones, de los que la madre dice que tiene fascinación por abrir y cerrar. En esta sesión señala un agujero en el techo, del que salen unos cables, y dice: “está allí”, quiere salir del despacho, asustado. Le pido que me explique, que sin palabras no entiendo, y dice “aquí”.

A esta sesión en la que señala el agujero del techo, le siguen varias, en las que detenido frente al umbral de la puerta, no quiere entrar al despacho. Él llora por primera vez desde que le recibo.

Él dispone, de entrada, del par significativo “aquí-allí”, pero también del agujero. Tenemos, desde el inicio su huida del despacho, tras el relato en el que la madre se perdió en el aeropuerto. Frente a la desaparición del Otro, el desaparece. No hay simbolización de la ausencia de la madre, y no sabemos si se precipita en el agujero, la puerta, o huye perseguido.

Estos elementos, de estructura, se desplazan al dispositivo, y se localizan en relación al tratamiento. Así esta falta se le torna amenazadora, en la forma del agujero del techo, y ante el umbral del despacho. Aparecen bajo transferencia en su dimensión persecutoria.

### **12.3.3 Dos operaciones**

Martín realizará dos operaciones con este agujero. Llamaremos a la primera operación. Trazos y agujeros.

En una primera operación, coge tres hojas, las garabatea y las pone en el suelo, separadas y en serie. Pone la primera y la última con el dibujo hacia abajo, y la segunda, la de en medio, hacia arriba.

En las sesiones sigue sin querer entrar, llora ante el umbral de la puerta, y soy yo quien cogiéndole en brazos le hago entrar. Está como caído, desvitalizado, se yergue un poco, se deja tener en mis brazos. Una vez dentro del despacho, juega con las pinturas, se sube a la mesa, se interesa por el teléfono...etc.

Saca de su archivo los tres dibujos que hizo el otro día, extiende las hojas, y sigue haciendo rasgos, hasta que en uno de los folios hace un agujero. Insiste metiendo allí el boli, y dice pintando “ama”, le digo que por hoy quedamos ahí, y dice: “ya está”.

Esta es la primera operación. Localiza estos elementos, los trazos y los agujeros en estos tres papeles. Hay una elaboración sobre los elementos de estructura. Al lado de los rasgos en el papel, entre el par significativo inicial, el da cuenta de un primer vaciamiento, la aparición del agujero. Vaciamiento que se acompaña del pánico y fuga frente al agujero del techo, y de su dificultad de franquear, el umbral, la puerta del despacho.

Al mismo tiempo, en su casa aparecen en su casa miedos nocturnos. Me dice la madre, que desde que ella se ausentó una noche, le dejó dormir en casa de una amiga, Martín comenzó a no dormir, a tener miedos. Miedos, dice ella, a quedarse solo, a la oscuridad. No duerme si no es con ella, cuando se queda dormido, ella le cambia de cama y luego duerme diez horas seguidas.

Es ante la ausencia de la madre, la falta del Otro, que aparecen, tanto los miedos frente al agujero del techo y al umbral de la puerta, como las pesadillas nocturnas.



Durante varias sesiones Martín prosiguió realizando esta operación. Los rasgos, poco a poco, se fueron haciendo redondos y seguía haciendo agujeros.

En una de estas ocasiones le pido que me explique con palabras y él dice muy bajito: “no”, “no”, “no”, tirando todo el bote de pinturas, “esto”, dice dándome una goma. Al salir va corriendo donde su madre, a la sala de espera y le dice “mira”. Ella le dice ¿quieres que te vea?

#### **12.3.4 Una segunda operación sobre el agujero: Un juicio**

Uno de los botes de pinturas tenía una tapa cuadrada, con múltiples agujeros. Martín en silencio fue introduciendo silenciosamente un lápiz en cada uno de los agujeros, hasta que llegó al último agujero libre y dijo “no”. En este punto corté la sesión.

Esta operación del sujeto, junto con la escansión, produjo una apertura a la dimensión del Otro, y en base a ello, y de manera muy sorprendente, un gran despliegue en el uso de la palabra de Martín y un punto de inflexión de la cura.

En términos freudianos (1925b/1984), el reconocimiento del inconsciente por parte del yo se manifiesta por una formula negativa. El “no”, introdujo, nuevas posibilidades de combinatoria en los elementos de los que disponía Martín, una dimensión de negatividad en el “aquí-allí” inicial, luego “allí hay-no hay”, “hay-no hay”, “no hay-aquí hay”; y la pulsión (mira, he acabado, quiero más, he pintado, toma, pintar, guardar...etc.).

Comenzó también a señalar en una muñeca distintas partes del cuerpo: “pelito, la oreja, la mano, la otra mano, los ojos, la boca. En la boca hay caca”.

El recorte del goce que el “no” conllevó, produjo también un recorte sobre el organismo apareciendo la dimensión de la imagen del cuerpo, inexistente hasta entonces. La negatividad del significante introdujo en el organismo un recorte, la dimensión de la pulsión.

En aquel momento Martín se tranquilizó, estando mejor en la guardería y comenzó a relacionarse con otros niños (tres años y diez meses), si bien confundiendo caca y pis.

Con el tiempo Martín prosiguió su trabajo interesándose especialmente en la creación de lo que él llamaba manteles. Estos manteles eran el producto del recorte con tijeras de hojas de papel doblado varias veces. El recorte del papel produce formas a partir de los agujeros que hace la tijera. Es la creación de la forma a partir del agujero. Pequeñas creaciones ex nihilo que adquirirían diversas formas.

Un salto adelante en el tiempo, nos permitirá volver, a posteriori, sobre las dos operaciones señaladas.

### **12.3.5 Un salto**

La familia de Martín no es vasco parlante, pero él aprendió euskera en el colegio público al que acudía. En una de las sesiones me dicta para que yo escriba: “Hilailaren, asteaskena, amabost” (Septiembre, martes, quince) y me dice: “No sé hablar, me estoy olvidando, una cosa tan importante, no sé el número, ni el mes. En euskera si lo sé. Se me ha olvidado la cosa que te he dicho, el número, el año y el día. Se me escapó en la cabeza una frase que tenía. Se me escapó y no la volví a decir. Le voy a decir a mí ama que me traiga un papel. Hoy es hilailaren, asteaskena, amabost. Me acuerdo y ya me he dormido, de que de día se me perdió, y se me escapó. Estaba dormido por la noche. Quería decir el número e intentarlo descubrir en casa y lo intento descubrir aquí. Me olvida de pequeño”, dice en tercera persona. ¿Cuándo eras pequeño? Le pregunto. Y me dice: “No, antes de ayer”.

Eso, podemos decir, le olvida de pequeño. Es la cadena significativa, la que le olvida de pequeño, y eso es atemporal, eso ocurre antes de ayer. Podemos decir le olvida ayer y siempre. Un fenómeno de fuga de pensamiento.

A partir de ahí, durante un tiempo, Martín intenta una reconstrucción de algo que le pasó de pequeño.

Tiene una interpretación de porque vienen y se van las ideas. Él, dice, tiene unos duendes, que le ayudan cuando se le escapan las ideas de la cabeza, de euskera y de todos los idiomas. Le ayudan cuando está dormido. “Me metes en la cabeza y se mete y ¡plas!, ya me he metido las ideas. Y así por la mañana ya lo tengo pensado. Y si luego quiero pensar pruebo a ver quién me ha metido las ideas. ¡Ah, pues no me las han metido!, y luego en la siguiente noche, si me las pusieron en la cabeza los duendes”.

Estos duendes “los cogí una noche, de un monte, antes de ayer. Fui a un monte los cogí tan rápido. Les dije yo soy Martín y vinieron en el coche escondidos, y luego los tiré y tenían que ayudarme por si se portan mal y no pueden hablar en castellano”.

Los duendes tienen gorros verdes y chaquetas, y zapatos rojos. Son uno gordo, muchos pequeños y el más pequeño. “El gordo tiene muchas ideas, el mediano tres o cuatro y el más pequeño una idea única”, y luego dice: “el pequeñín ninguna idea”. Casi un intento de atribución de su fuga de ideas. Fenómeno primordial que está en la base de esta ficción delirante de los duendes.

Me centraré en este intento de reconstrucción de lo que ocurrió “de pequeño”.

Quiere jugar a “vacunas”, la de meningitis o la del tétanos. Estas vacunas se las dieron en el colegio. Le pregunto si antes del colegio le habían dado alguna. Entonces me dice que sí. “La de la bacteria”. ¿Y por qué te la dieron? No me acuerdo.

Reviso los informes que la madre me dio y encuentro la infección de meningitis. Esta es la bacteria por excelencia la *Klebsiella Oxytoca*, de la que Martín se infectó en el hospital en los primeros meses de vida.

Es la aparición de un significante, de una representación, si bien no hay ninguna interpretación sobre ella.

Martín proseguirá su trabajo. En una sesión posterior me trae un regalo, es un cuadro hecho con pinturas de cera. Me explica que es “un niño que duerme de pie en la noche”. Este niño “duerme de pie porque no tiene dinero. No ahorró, no tiene ni casa, ni cama, ni despertador, ni comida. Está fuera y por eso dormía de pie a la noche. Se murió y se quedó quieto, tumbado en el suelo, luego con trozos de los huesos y de carne hicieron pollo asado y comida para los demás”, (los demás son su abuela, su madre, su primita y él mismo). Le digo que no se come a los muertos, y dice: “que su madre le ha dicho que los huesos de los muertos se aprovechan, se ponen en otras partes”, y hace un gesto en un hombro. Parece como si le hubieran hablado del trasplante de órganos.

Me dice que “el doctor le puso en la mano algo duro y así puede mover los dedos. Y en un accidente, una operación, también aquí (en el hombro), se le salió, y la cabeza se le quedó para atrás, y la piel. Le pusieron una aguja, inyección, y también en la cabeza, para que se estuvieran en su sitio, así no podía dar volatines”. Y me dice: “No me pusieron algo de los muertos, porque estoy vivo”. Le digo que sí. Prosigue: “Tuve tres operaciones, una del plural, de la bacteria, y de meningitis”, que le operaron porque se ahogaba y no podía comer y “me rompieron algo”.

“Me han operado tres veces, con cinco años, cuando ya era niño, de vegetaciones y antes cuando tenía tres años o era bebe, de la tripa y la espalda”. “Esta es la del mundo, la más grande del mundo”.

La madre me explicará que esta primera operación fue necesaria, para separar una arteria y una vena, que debido a la prematuridad, no se habían separado en la gestación. La arteria pulmonar que sale del corazón y lleva sangre sin oxigenar, y la vena pulmonar, que la lleva oxigenada al corazón. Es la ligadura del ductus. Era una operación vital.

Podemos plantear que para Martín retorna desde lo real “*la autonomía de la función simbólica en la realización humana*” (Lacan, 1975b, p. 65.), bajo la forma de este fenómeno

de fuga de pensamiento. La cadena que le olvida de pequeño y que sería la singularidad de este sujeto a su inconsciente.

#### **12.4 Caso Pepe: Una pequeña invención**

Fue el colegio quien, recomendó a la familia, de quien llamaré Pepe, acudir al servicio de consultas de la institución para el cuidado de autistas y psicóticos en la que le atendí.

Pepe tenía entonces cuatro años y los informes escolares lo diagnosticaban padeciendo “retraso adaptativo”, “enuresis y encopresis diurnas”. Asimismo daban cuenta de: la ausencia para él de lazo social (“está junto a los niños, pero no está con ellos”. “No juega”), de su errancia (“va a su aire”, “en la clase pulula”), de trastornos en su uso del lenguaje (“dificultades para construir frases”, “hace preguntas repetitivas”, “cuando se le pregunta no responde, o responde otra cosa”, “repite lo que se le dice”), así como de otras dificultades (“en ocasiones evita la mirada y en otras se pone objetos delante de los ojos”, “se mira en el espejo y se tapa los oídos”. “No hace pis ni cacas en el wáter, solo cuando se le pone el pañal”. “De pronto se pone mal, quiere salir porque quiere hacer pis, y pide: “pañal”. No entrando en el baño hasta que ve que se lo han traído”).

En estas primeras entrevistas la madre cuenta como su primer marido, de quien ella tiene dos hijos ya adolescentes, murió. Pepe es el hijo de su matrimonio actual. Era, dice, un bebé nervioso que no le dejaba dormir. Lloraba y chillaba durante las noches, para su desesperación. Dice que intentaba acunarlo en brazos...etc., pero no había manera, hasta que a los tres años con el inicio del colegio eso paró.

Si bien inicialmente los padres no tenían claro que algo le pasara a Pepe, cada uno formula una interpretación de lo que le ocurre. Según el padre, quizá es un problema de comunicación: es posible que quiera decir algo y no sepa cómo expresarse. Para la madre “la única diferencia con los otros hermanos es el pañal”. Y entonces me cuentan cómo Pepe no

quiere hacer cacas en la taza del wáter. Cuando le han sentado en la taza, se queda allí, en pánico, lívido, petrificado con rigidez corporal, ocurriéndole eso mismo en el colegio. Ha llegado, en alguna ocasión yendo de paseo, a pedirle al padre volver a casa para ponerse el pañal y poder hacer cacas con él puesto, que es como habitualmente lo hace. Él está en el despacho mientras me lo cuentan.

#### **12.4.1 Primeras entrevistas**

Pepe se sienta pintando sobre el papel, mostrándose sensible y atento a los diversos ruidos del despacho. Pero especialmente se va a interesar por las puertas de una casa de juguete. Dice: “puerta...cierre”, y así de manera insistente intenta cerrar las puertas diciendo: “puerta”, “no puede”. En esta primer ocasión aparece el significante cerrar solo, no hay fort-da.

Emerge también, durante estas primeras entrevistas, la solución que hasta ahora había ensayado, es una ecolalia, manifestación de la regresión tópica al estadio del espejo. Pepe se pone totalmente especular, imitándose, repitiendo todo lo que digo, sin ninguna dimensión de la provocación. Si le propongo “te escucho” él dice también “te escucho”; si le animo “sí”, él dice “sí”; si hago “mmm”, él imita “mmm”; le digo “no entiendo”, y repite “no entiendo”. A pesar de esta posición especular, dice algunas cosas: “guapo”, trae unas gafas nuevas y dice “gafas...el autobús blanco” “se ha caído la luz y no funciona”... “No hay suela (escuela)”.

En la segunda entrevista aparece el primer esbozo de transferencia cuando dice “el autobús...ruedas pinchadas”. Y prosigue diciendo “la puerta cerrada”, “la puerta cerrada, la llave de la puerta”, “de la madre de los Simpson”. “La llave en el bolsillo”, “se abre la puerta”. Escando en esta primera emergencia de la puerta abierta. Tenemos entonces el par significante puerta abierta-puerta cerrada, que da cuenta de la posibilidad de una pulsación.

### 12.4.2 Interpretación y entrada en el dispositivo

En la siguiente entrevista saca los juguetes que hay dentro de la casa y dice “abierta”, comenzando en ese momento a angustiarse. Le hablo en tercera persona y le digo que algo está abierto: el agujero, al igual que el del wáter y que él se angustia mucho. Dice “sí”.

En la sesión siguiente, no quiere entrar por el umbral de la puerta que le da miedo y para franquearlo se hace acompañar por el padre. El miedo al agujero se ha transferido al dispositivo. Acepta quedarse solo, si bien está totalmente especular, si hago cualquier gesto él lo imita. Vuelve a abrir la puerta, cerrar la puerta, y dice “no tengo mamá Simpson”. “Tengo cuatro años”, y se señala la mano diciendo “tengo pupa”. Le digo que quizá el próximo día me pueda explicar y responde “¡pero qué dices!, ¡qué dice ese!, ¿qué estás diciendo?”.

La imposibilidad de separarse de las heces da cuenta de que no hay corte, entre el Otro y *a*, entre el cuerpo y las heces. No hay cuerpo, o si lo hay es este cuerpo petrificado, tratándose entonces de obturar el vacío que lo puede arrastrar, función que realiza el pañal: de tapón del agujero del cuerpo. No hay esfínter, el interior y el exterior son lo mismo, El agujero del wáter, y el del cuerpo es el lugar por donde Pepe puede desaparecer.

La ausencia de defensa frente al agujero, hace que surja el pánico, la lividez y la rigidez corporal. Podemos pensar que su único recurso para velar el agujero era situarse frente al interlocutor de manera especular. Tras la aparición de la dupla significante cerrar-abrir la puerta, aparece el agujero y con él la angustia. Las diversas puntuaciones y la localización del agujero hacen que esta se transfiera al dispositivo, apareciendo la primera mención al cuerpo: “tengo pupa”. Todo esto ocurre en seis entrevistas, realizadas en mes y medio, tras las cuales llegaron las vacaciones de verano.

### 12.4.3 Emergencia de la voz: serie de ruidos

A la vuelta de las vacaciones en septiembre, al oír un teléfono que suena fuera del despacho, Pepe exclama “¿Qué es esto?”, “¡Qué susto!” y dice “las campanas hacen tolón”. A partir de aquí localizaremos una serie de ruidos de carácter alucinatorio que le “asustan”: “el ruido de las campanas, de los cohetes, el del metro, el ruido de la grúa”. Este trabajo proseguirá a lo largo de todo el tratamiento, pero en este momento inicial es la emergencia de la voz tras la localización del agujero.

Comento con los padres la posibilidad de proseguir estas entrevistas y transformarlas en un tratamiento, con lo que están de acuerdo. La madre me dice entonces que el problema del wáter ha desaparecido y que Pepe hace pis y se sienta en la taza del servicio para hacer cacas.

#### **12.4.4 Efecto terapéutico**

El rápido efecto terapéutico: la desaparición de la encopresis y la enuresis, se produce como un efecto de la pérdida de goce en este primer momento de entrada.

Me interesa proseguir el relato del caso porque permite entender como esta pérdida de goce y el soporte de la transferencia (bajo la cual prosiguió el trabajo de aislar los fenómenos alucinatorios: voz y mirada) son el pivote de los esfuerzos de este sujeto por construir un órgano nuevo, que constituya un nuevo borde, su “pequeña invención” (Miller, 2004).

#### **12.4.5 Invenciones**

La primera de las invenciones de Pepe fue el uso que hizo de la Play Station. Durante un largo tiempo me habló de manera confusa, mezclando, personajes, ruidos que él hacía (por ejemplo modulando la voz y diciendo en bajito: “mofetillas...se está acabando vuestro tiempo”) números...etc. hasta que pude reconocer que en cierto modo, en vez de producir un relato, mostraba una escena de un juego de play station. Lo que me permitió preguntarle si le



interesaban los ruidos de la consola, a lo que respondió “sí”. La consola era un intento de construir un objeto condensador del goce fuera del cuerpo. Como objeto anuda: marco, imágenes, e incluye ruidos y voces.

La segunda de las invenciones es un circuito de trenes que hace ayudando a su padre. Circuito articulado con la transferencia, ya que cada vez que vienen a consulta el padre le compra una pieza para completar el circuito del tren. Por otro lado Pepe, en sus paseos cerca de las vías de tren, se interesa e indaga acerca de éstas, de los puentes, túneles, agujeros, cañerías....etc. Hay en los circuitos un esfuerzo por cernir el goce innombrable. Y así el objeto voz aparecerá en el circuito bajo la forma de fantasmas que montan en los trenes cuyo canto le asusta. También le atemoriza el sonido del tren, que tiene “ruedas” –apellido del analista-, o el agua que cae por los agujeros en los túneles.

#### **12.4.6 Los objetos voz y mirada. Miedo a los fenómenos “naturales”**

Otra serie se irá desplegando. Así a las noches le da miedo “la grúa en la ventana”. “Tengo miedo del viento, mueve la grúa, que se cae y hace ruido... truenos, se apaga la luz las bombillas y se queda oscuro”. “En la ventana” dice “hay unos ojos”. A él le dan miedo esos ojos a la noche cuando está en la cama. En su uso particular del lenguaje refiriéndose a como él mira a la grúa por la ventana, dice: “me miraba la ventana, hacía viento, que tiró la grúa...se rompe la casa”. También más adelante dirá “la voz en la cama”. Le digo que tal como habían unos ojos que asustaban a Pepe, quizás hay una voz que le asusta y dice si la de “monstruos S.A.”

Se produce un ligero desplazamiento, el ruido pasa de ser de la grúa a ser del viento, que mueve la grúa y hace ruido. Y Pepe comienza a decir cosas como “Hacia viento que hacía correr las nubes, también a la ría”. “Cuando tenía cuatro años la tormenta hacía “shhh”, estaba oscuro y yo tenía miedo”. El síntoma del miedo anuda, lo Simbólico: tormenta, lo

Real: ruido y lo Imaginario: el yo. La familia me comenta que tiene miedo a los fenómenos “naturales”. Así con la ayuda de la familia el despliegue de los fenómenos elementales (que contienen en sí el delirio en su conjunto) adquiere este sentido de miedo a dichos fenómenos.

Desplazamiento a nivel del lenguaje, que pasa de estar fragmentado -solo surgían palabras aisladas que no producían significaciones- a la construcción de frases, aparece el uso de la primera persona, del yo, y también dichos de figuras de la familia que antes no existían. En ocasiones este hablar se produce de un modo metonímico, homofónico. Un ejemplo de dicho deslizamiento es: “Fiat uno, Fiat tipo, Fiat regata”, “Fiat regata en la ría”.

#### **12.4.7 Lo que está más allá del borde no puedo ir**

Pepe pasó a interesarse en un circuito no exactamente cartográfico, ya que no es escrito, salvo en su repetición bajo transferencia. Este circuito que bordea, en sus dos márgenes, la ría de Bilbao, es un circuito de trenes (en una de las márgenes), carreteras, túneles, puentes... que llegan en ambos lados al mar, esforzándose por integrar en ellos el goce irreducible que no se deja cernir. Así en tal pueblo está la iglesia con las campanas, en el metro la voz de una chica que va diciendo las estaciones, que él escucha y que van siendo incluidas en esta cartografía. Creo que este circuito es un esfuerzo de unificación, ya que reúne en sí el circuito de los trenes y la serie de los miedos a los fenómenos “naturales”.

Incluyo algunas de los dichos de Pepe: “Si me da mucho miedo el puente colgante, pasaré la ría por el bote, o por la carretera”. “Desde Santurce se ve el mar. Las olas eran grandes... y dice,... salen sangre, eran las olas más grandes que en la playa de Oriñón”.

“El martes he ido a Santurce, he visto la salida del túnel”. “Estaba yo oyendo algo, como un barco que está pitando”. “Lo que está más allá del borde no puedo ir”. Es la constitución misma del borde frente al abismo oceánico. “Había muchos caminos de bicis”. “Estaba yo oyendo una chica en el tren, a ver qué pueblo era, cuando el tren llega a ese

pueblo, la voz de la chica dice: Portugalete, cuando pasa el túnel dice Peñota, y al final dice Santurce”. Es la voz el vagón de tren que avisa de la estación.

“La luna está ya llena. Se pone roja a las mañanas porque le pega el sol. Hay algunas nubes que se esconden por ahí. He oído por las mañanas el viento que hacía. El río va haciendo olas. La ría de Portugalete, como la playa del mar, hace olas, pero pequeñas”.

“Es más grande Las Arenas que Portugalete porque hay playa. Es más grande porque está la iglesia, la playa y está justo el mar. El mar es muy grande, y el faro para que den vueltas los barcos. Es más grande porque lo he visto en un cartel, son letras. Entre la playa y el mar hay la bandera roja para no meterse”.

Desde su casa se ve la fábrica, la carretera lleva hasta la rotonda y por ahí se va a la ría. “En la ría había un torbellino, como en el wáter. Pensaba cosas... que el agua salía...se iba al río. Había un torbellino que se oía y le asustaba”.

#### **12.4.8 Conclusiones del caso**

El torbellino de la ría, el agujero del wáter, en el cual se localiza la voz, son el punto alrededor del cual gira este circuito, que genera un borde: “más allá no puedo ir”, “la bandera roja para no meterse en el mar” (mar – y ría- que son el agujero mismo).

Es la pequeña invención de Pepe, que aparece de entrada en la relación del sujeto con el agujero y la deposición de las heces. Los circuitos, son una búsqueda de estabilización de un goce que amenazaría con la desaparición corporal. Un modo de constituir un campo de la realidad. No por la extracción del objeto, sino aparejando el goce. Este agujero y el circuito que lo bordea permiten diferenciar exterior e interior. Como vemos en la homofonía: “Las olas eran grandes, sale sangre”, que dan cuenta de la solidaridad de esta construcción de la realidad y el hacerse un cuerpo.

### **12.4.9 Un tratamiento de los fenómenos elementales**

Esta pequeña serie de casos, nos muestra como en la psicosis infantil no funciona la localización del goce que puede irrumpir, bajo la forma de fenómeno elemental, desde cualquier lugar. Ruidos, de campanas, del camión de basuras, el viento, por alusión a los ruidos del comedor o del patio. Fenómenos en el cuerpo...

Este tratamiento de los fenómenos elementales se realiza en primer lugar, introduciendo al niño en una serie de sustituciones, mediante juguetes, o solo de palabras, que crearía una cadena; y en segundo aislando los fenómenos elementales. Lo cual produce una localización, que apacigua esta irrupción de los fenómenos emergiendo por cualquier lugar, generalmente articulada con alguna invención del sujeto. Invenciones singulares, como la de los circuitos, o la ficción de los duendes, que tienen un carácter de sintomatización de lo insoportable, en el sentido en el que lo hemos definido en este capítulo y que tienen efectos sobre el cuerpo del sujeto.

## **13. Conclusiones**

### **13.1 Desde la perspectiva histórica**

El desarrollo de la tesis, en su perspectiva histórica, ha permitido demostrar como la infancia, tal como la conocemos, fue una invención de la Ilustración, y ésta un efecto de la emergencia de la ciencia.

La influencia del pensamiento científico en la época de los ilustrados era muy grande, surgiendo, inicialmente, la psicopatología del adulto, de la confluencia de tres disciplinas: el derecho, la medicina y la psicología.

Lo que aunaba estas tres disciplinas era una clínica de la mirada que, mediante el método de las ciencias naturales, proponía la objetivación de la locura mediante la descripción y clasificación exhaustiva de los signos patológicos. Se articulaba de este modo lo visible, lo manifiesto a los sentidos, mediante un nuevo lenguaje formalizado, que daba su especificidad a la psicopatología.

El interés que la Ilustración promueve por la infancia, junto con la aparición de la psiquiatría, propiciará la aparición de una psicopatología y de instituciones específicas para el niño.

Esta surge más tarde que la del adulto, y durante el tiempo de su inicio se consagra exclusivamente a la noción de retraso mental, bajo el nombre de idiocia concepto importado de la psicopatología del adulto. Los autores de este periodo no creen en la existencia de la locura en el niño. No consideran la idiotez como una enfermedad, sino como un estado, que comienza con la vida y perdura a lo largo de toda ella, manifestándose como una organización imperfecta o detenida del desarrollo. Esta concepción originaria, de las idiocias, fue sustituida en el uso de los clínicos, por las demencias infantiles, definidas por De Santics (1909) bajo la influencia kraepeliniana (2008).

El siglo se iniciará con el descubrimiento del inconsciente y la influencia que el psicoanálisis ejercerá sobre los psiquiatras de la clínica Burghözli. Muchos de ellos publicarán textos bajo el influjo de las teorías freudianas. Siendo el más relevante de ellos E. Bleuler (1911/1993) quien describirá el grupo de las esquizofrenias.

El ascendente de esta noción será enorme convirtiendo a la esquizofrenia en el gran referente de la enfermedad mental a partir de las primeras décadas del siglo XX.

Rápidamente este concepto se exportará al campo de la infancia, rebautizándose la demencia precocísima en esquizofrenia infantil.

La reunión de dos elementos: la descripción precisa de un cuadro clínico de la locura en la infancia, la esquizofrenia infantil, y la aparición de un nuevo marco conceptual, el psicoanálisis, alejado de los paradigmas médicos que marcaron la clínica del adulto, harán de los años treinta, la época, en el que la clínica psicopatología del niño encuentre su punto de anclaje. Lo cual permitirá la localización, una década después, del autismo infantil precoz, un nuevo cuadro clínico sin antecedentes en el adulto.

El descubrimiento del inconsciente supuso la aparición de una clínica diferente de la de la mirada, basada en la clasificación y observación de signos. Era la emergencia de una clínica sin precedentes basada en la palabra, que permitía articular un abanico inmenso de síntomas a mecanismos psíquicos, del registro de la subjetividad.

Esta clínica posibilitó el primer psicoanálisis de un niño. Es decir, la elucidación de los síntomas considerados como producto de un malestar y no de una perturbación orgánica. Este camino abierto por Freud (1908/1999), rápidamente fue seguido por las pioneras del psicoanálisis con niños. Y de entre ellas fue Melanie Klein (1930b/2006b) quien sobrepasó la advertencia freudiana de no atender psicóticos, atendiendo a niños que padecían esquizofrenias infantiles.

Freud aisló, muy tempranamente, entre 1894 y 1896, dos mecanismos específicos de la psicosis: La *Verwerfung* o forclusión (1894/1976) y la *Projektion* o proyección (1896/1976). Pero fue recurriendo a la autobiografía del presidente Schreber, un paranoico notable, que dio cuenta de las dos funciones de la estructura del delirio. La primera, el sepultamiento del mundo, como defensa frente a la homosexualidad, y la segunda, la reconstrucción delirante, como un intento de restitución.

Estas dos funciones, son también tiempos lógicos. El sepultamiento del mundo es el resultado de la proyección de la catástrofe interior. Su mundo subjetivo se ha sepultado, es el abismo en el que cae al retirar la investidura libidinal del mundo. Y el segundo momento o función, es la reconstrucción, cuando el sujeto edifica con el delirio un mundo habitable.

No solo inauguraba una clínica de la palabra, sino que también proponía que el síntoma, el delirio en este caso, tenía una función dentro de la economía subjetiva, alejándolo radicalmente de cualquier consideración del mismo como un déficit.

A la reunión de los elementos: de una descripción precisa del cuadro de esquizofrenia infantil, y la aparición del psicoanálisis como marco conceptual, habremos de sumar la influencia del funcionalismo en EEUU, como el caldo de cultivo sobre el que Kanner (1943) describirá el cuadro llamado autismo infantil precoz

Lejos de querer apartar definitivamente la noción de esquizofrenia infantil de la del autismo su intención era la de descomponer la esquizofrenia infantil en entidades mejor fundadas. No parece haber considerado que las psicosis infantiles debieran disolverse en el autismo. Sin embargo eso no implica que en este camino aislara un síndrome con una singular especificidad clínica diferente del de la esquizofrenia.

El concepto de Kanner de autismo infantil precoz, tal como lo recuerda Margaret Mahler (1965/1984, p. 133.), permitió que la idea de una perturbación psicótica grave en los niños pequeños, que en la década de 1930 e incluso en la década de 1940 era rechazada,

resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo. Pero pagando el precio de que cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos, y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad en un niño pequeño, era automáticamente designado como “autismo”.

Esta “perdurable consecuencia”, como ella la define y que podemos evidenciar en la actualidad, sirvió como punto de cierre del debate sobre la locura en el niño, que pasó a ser aceptada bajo la modalidad del autismo. Comprobándose, desde esta perspectiva histórica, como el mencionado debate sobre la locura del niño transita, impregna y condiciona, las transformaciones diagnósticas producidas durante el siglo y medio de la existencia de la psicopatología de la infancia, de las que nuestro momento actual tampoco es ajeno.

Se verifica, cómo el destino que sufrieron las idiocias, que fueron sustituidas en el uso de los clínicos, por las demencias infantiles, es el mismo que sufrirá la esquizofrenia infantil, sustituida por el término psicosis infantiles, en los años setenta al resultar más esperanzador este diagnóstico que el de esquizofrenia, para desaparecer, ambos, posteriormente bajo el término de autismo. Y verse, este mismo, subsumido por el modelo más amplio de los Trastornos generalizados del desarrollo.

El modelo de los Trastornos del desarrollo, se crea a partir de los años noventa, con la edición del DSM IV (Pichot, Aliño, & Miyar, 1995), (F.84. Trastornos Generalizados del Desarrollo) y desplaza al autismo infantil, de su condición previa de síndrome, que lo situaba como entidad sin etiología reconocida, a la de Trastorno autista, y quizás próximamente a la de Trastorno del espectro autista.

Los Trastornos del desarrollo velan la dimensión de la locura del niño, devolviéndola a postulados organicistas, o biologicistas, tal como ocurría en los inicios del siglo pasado.



### 13.2 Desde una perspectiva clínica

La psicopatología del niño ha tenido como modelos: los importados de la clínica del adulto y los del desarrollo. La labilidad de los rasgos patológicos de los niños dificultaba definir estructuras fijas, como en la psicopatología del adulto. Pudiéndose tan solo integrar los caracteres de la patología que constituye el campo de la infancia al articularlas férreamente con la concepción del desarrollo psicológico del niño.

Dos perspectivas, no excluyentes, se oponen, de manera abstracta, pero se articulan en la experiencia clínica: la perspectiva desarrollista (diacrónica) y la perspectiva de la estructura (sincrónica). Frente al modelo desarrollista, de los Trastornos generalizados del desarrollo, el concepto de “fenómeno elemental”, tal como lo desarrolló Jacques Lacan (1981), permite un abordaje estructural de la clínica del niño.

Es la perspectiva del inconsciente estructurado como un lenguaje, que introduce Lacan (1966d), la que le permitirá situar el mecanismo causal de la estructura de la psicosis: La, Verwerfung, forclusión, del nombre del padre. Este es pensado como un mecanismo significante, una metáfora, y la emergencia de los fenómenos son el resultado de la falla de dicha metáfora paterna, también definidos como elementos del lenguaje. Son los fenómenos elementales, propios de la psicosis y extraídos de la psicopatología clásica, que Lacan considera con la misma fuerza estructurante que el trabajo del delirio, ya sea parcial o en su totalidad. Considerando que la noción de elemento es en este caso idéntica a la de estructura (1981), lo cual permite un abordaje estructural y no basado en los modelos desarrollistas, tal como ejemplifican los casos incluidos en la tesis, que son un ejemplo de la posibilidad de un abordaje de la clínica de la forclusión en la infancia a partir de la noción de fenómeno elemental.

Finalmente y como consecuencia de la deducción previa en la tesis, de la prevalencia actual del autismo efecto del desplazamiento nosológico, se impone la pregunta: ¿hay

psicosis en la infancia, diferentes del autismo? o tal como se plantean diversos clínicos, ¿es el autismo es una estructura en sí misma, diferente de la esquizofrenia infantil?

Estas preguntas corresponden con el debate que se viene sosteniendo, en el psicoanálisis de orientación lacaniano, desde los años ochenta, entre dos posiciones divergentes. La de aquellos que piensan la existencia de una continuidad estructural entre la esquizofrenia y el autismo, y una segunda posición de los que consideran al autismo una estructura de singularísimas características.

Son Rosine y Robert Lefort los que plantean de manera decidida el autismo como una nueva estructura, desplazándose de la posición que Lacan mantuvo a lo largo de toda su enseñanza (1975b) (Lacan, 1975/1988, p. 134.) que era la de poner en serie autismo y esquizofrenia.

Los Lefort, en su defensa del autismo como estructura, aíslan cinco puntos de la especificidad del autismo y un mecanismo causal propio de la estructura autista: Una variedad especial de forclusión, la del Deseo de la Madre (Lefort & Lefort, 2000, p. 74.), cuya suplencia sería el doble en lo real.

Eric Laurent (2010), propone un retorno al Lacan (1975/1988) de la última enseñanza en lo concerniente a las indicaciones dadas sobre el autismo, subrayando el hecho de que el autista está alucinado y es por esto por lo que no puede escuchar el llamado, porque ya tiene la respuesta alucinatoria.

Proponiendo que de lo que da cuenta, en todo caso, es de una forclusión. Y dice que no hay ningún interés en separar el autismo de la esquizofrenia. Pensándola como el intento de la esquizofrenia de añadir un órgano a su propio cuerpo, diferente del que la paranoia le asigna al Otro.

Laurent (Bruno, et. al. 1992) comparte con los Lefort (Ibid), el diagnóstico de que el autismo da cuenta de una forclusión, también de que para el autismo no existe el Otro.

Asimismo los Lefort afirman que es posible una salida del autismo a la psicosis. Opinando Laurent que esto ocurre, en todos los casos, cuando ha habido un análisis. Se encuentra una salida del autismo, que él define no como un cambio de estructura, sino como un paso desde un estado transitorio, a otra posición.

Proponiendo construir una clínica diferencial de las psicosis a partir de los diferentes modos de retorno de goce, siendo su tesis: Si la paranoia es el retorno del goce en el Otro, la esquizofrenia es el retorno del goce sobre el cuerpo y el autismo es el retorno del goce sobre el borde (Laurent, 2010b).

Son matices sutiles. Siendo los acuerdos: que el autismo da cuenta de una forclusión, y que el Otro no existe para él.

### 13.3 Conclusiones

Tomando los elementos de este debate, articulados a mi propia experiencia clínica en este campo, del que los casos presentados son un botón de muestra, me permite afirmar:

1. Que un abordaje de las psicosis infantiles, y el autismo, a partir de la consideración del sujeto del inconsciente es posible. Es decir, del sujeto de la palabra, incluso si esto pudiera parecer una paradoja en el caso de sujetos que no hablan, o apenas lo hacen.
2. Que en el autismo hay forclusión - mecanismo causal en el que Lacan, (1966e) funda las estructuras psicóticas.

Que el efecto de la forclusión: los fenómenos elementales, nos orientan en la dirección de la cura de las psicosis infantiles. Como hemos podido ver en varios de los casos presentados en los cuales, los trastornos del lenguaje, el uso de neologismos y otros fenómenos elementales estaban presentes.

3. Que se da la presencia de la alucinación en el niño. Como vemos en el caso Jon.
4. Que a partir de la modalidad particular de los diferentes retornos de goce se puede deducir, siguiendo la propuesta de una clínica diferencial de la psicosis que realiza Laurent (2010b), el tipo de psicosis que afecta al sujeto. Pudiendo afirmar que el esfuerzo del caso de Lucas es situar el goce en el campo del Otro. Es su certeza de que el Otro malvado le hace un daño porque se aburre. El Otro si existe para él, siendo que este un sujeto estructurará una paranoia.
5. Desde la perspectiva de una clínica de la palabra, es decir bajo transferencia (estructural), se puede afirmar que muchos de los casos actualmente diagnosticados como Trastornos generalizados del desarrollo, pertenecerían a las antiguas esquizofrenias infantiles. Tal como vemos en el caso Jon.
6. Comprobamos en los casos de Martín y Pepe, quienes se presentan casi carentes de palabra y lazo social, como tras la oferta del dispositivo analítico, que ambos sujetos disponen de la posibilidad de articular dos significantes (Fort-Da). Lo cual daría cuenta de una simbolización del deseo materno.  
  
Esto no ocurre en los casos de autismo, que son casos de un significante Uno solo (Lacadée 2009) (Solano 1987).
7. Siendo la tesis de los Lefort (2000) que la forclusión, propia del autismo, sería la forclusión de la simbolización primordial de la madre. En los casos presentados a estudio no se da esta modalidad de forclusión. Es decir hay simbolización, de la ausencia de la madre. Si bien esta simbolización de la ausencia materna, por sí sola no completaría la metáfora paterna, al producirse la forclusión del nombre del padre. Siendo por tanto casos de psicosis, pero no de autismo.

Como conclusiones podemos afirmar que en el autismo hay forclusión de la simbolización primordial de la madre y que por la modalidad particular de esta y de los retornos de goce que debido a dicha forclusión se producen, hacen del autismo una estructura diferente de la esquizofrenia.

Sin embargo y esto es la **conclusión** que propongo como propia para esta tesis, muchos de los casos actualmente diagnosticados como autismos o Trastornos generalizados del desarrollo, lo son, pero muchos otros, como son los casos presentados a estudio, y que fueron diagnosticados todos ellos de autismo o TGDs, pertenecerían a las antiguas esquizofrenias infantiles, o como en el caso de Lucas, a la paranoia, pero no a la estructura autista.

#### **13.4 Limitaciones del estudio y perspectivas**

Tras la realización de este trabajo nuevos interrogantes aparecen.

Si bien el número de casos, cuatro, traídos a estudio es una de las limitaciones de este estudio. Señalaría asimismo la transformación subjetiva y terapéutica que fue un beneficio indudable para los sujetos.

La afirmación tautológica e irónica de Eric Laurent (Bruno, et. al. 1992a), que recordaba a aquellos que dicen que, si se produjo una salida del autismo (como podemos afirmar se produjo en dos de los casos presentados), cuando hubo análisis, se puede afirmar que no eran autismos, no deja de interrogarme.

Ya que muchos sujetos responden a la oferta analítica obteniendo indudables mejoras. Sin embargo, otros sujetos no logran esta salida, manteniéndose en posiciones que denominaría de fijeza, de defensa frente al mundo, menos dialectizables, que nos cuestionan e interrogan.

Frente a estos interrogantes un nuevo campo de investigación se abre, principalmente tras los descubrimientos de que los autistas siendo bebés no realizan el laleo, este juego con los balbuceos incipientes de la lengua, que no tiene una intención comunicativa, sino de puro disfrute (Sauvagnat 2002b).

Lacan (1975c) sitúa en este ejercicio de laleo, que llama *lalengua*, los primeros momentos en los que el ser hablante articula el lenguaje con su cuerpo.

Es posible que algo suceda en estos primeros momentos para el niño autista.

Estos elementos junto con los testimonios cada vez más numerosos de autistas adultos, que sin duda nos enseñarán, abren un campo de investigación clínico y teórico apasionante.

## Lista de referencias

- Abraham, K. (1988). *Selected papers on psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Aichhorn, A. (1955). *Wayward youth: A psychoanalytic study of delinquent children, illustrated by actual case histories*. New York: Meridian Books.
- Alborg, J.L. (1975). *Historia de la literatura española: Siglo XVIII. Vol. 3*. Madrid: Gredos.
- Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (2008). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub. México: Editorial Masson.
- Álvarez, J. M. (1997). Significación personal y xenopatía. *Freudiana*, 19, 83-93.
- Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Development*. Recuperado en <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Ansermet, F. (1997) Entretien avec R. et R. Lefort : Sur l'autisme, travaux et recherche en cours. *Archives de psychanalyse, l'enfant prêt à porter. Agalma*, 35-45
- Aries, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Aubry, E. (1910). Psychoses de l'enfance á forme de démence précoce. *L'Encéphale*, 10, 272-278.
- Bachelard, G. (1970). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: Vrin.
- Bachelard, G. (1971). *Épistémologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus: Histoire de l'amour maternel (XVII-XX siècle)*. Paris: Flammarion.
- Bailey, J.M., Phillips, W., & Rutter., M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Jour. of Child Psychology and Psychiatry*. 37, 89-126.
- Baron-Cohen, S. (2004). *The essential difference: Male and female brains and the truth about autism*. UK: Penguin Press Science.
- Bercherie, P. (1983). La clinique psychiatrique de l'enfant. Étude historique, *Ornicar ?*, 26-27, 100-113.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
- Bettelheim, B. (1989). *Freud's Vienna and other essays*. New York: Alfred A. Knopf.
- Binet, A. (1903). *L'étude expérimentale de l'intelligence*. Paris : Schleicher Frères & Cie.
- Binet, A., & Simon, T. (1907). Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Annee psychologique*, 14(1), 1-94.
- Binet, A., & Simon, T. (2006). *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*. Paris: L'Harmattan.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemman
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts*. London: Heinemman



- Bleuler, E. (1911/1993). *Demencia precoz: El grupo de las esquizofrenias*. (Trad. D. R. Wagner). Buenos Aires: Colección Psiquiatría Lumen. (Trabajo original en 1911).
- Blom, P. (2012). *Gente peligrosa: El radicalismo olvidado de la Ilustración europea*. Barcelona: Anagrama.
- Bourneville, D. M. (1880). Contribution à l'étude d l'idiotie. *Arch de Neuro*, 1, 391-412.
- Bourneville, D. M. (1905). *Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*. Paris : Alcan.
- Brousse, M.H. (1991). *La relation mere-enfant ses enjeux dans la psychanalyse post-freudienne* (Doctoral dissertation, Paris 8).
- Brousse, M.H. (1995). La transferencia en la dirección de la cura con niños: La entrada en análisis. *Pliegos*, 1(5), 64-73.
- Brousse, M.H. (2004). Variations sur le cogito. *Horizon, Hors-Série*, 54-65.
- Bruno, P., Baio, V., Bassols, M., Berenguer, E. Calvet, R.M. & Eldar, S.... Terrise, C. (1992a). *L'autisme et la psychanalyse. Séries de la Découvert Freudienne*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Bruno, P. (1992b). Le dit sur la schizophrénie. *La revue de la cause freudienne*, 22, 148-160.
- Burd, L. & Kerbeshian, I. (1987). A. North Dakota prevalence study of schizophrenia presenting in childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26, 347-350.
- Burlingham, D., & Freud, A. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.

Burlingham, D. (1952) *Twins: A study of three pairs of identical twins*. Oxford, England: International Universities Press.

Burlingham, D., & Freud, A. (1954) *Infants without families: The case for and against residential nurseries*. London: G. Allen & Unwin Ltd.

Condillac (1798) *Traité des sensations*. Paris: Delagrave.

Claude, M., Heuyer, G. & Lacan, J. (1933). Un cas de démence precocissime. *Annales Médico-psychologiques*. 1, 620-624.

De Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.

De Clérambault, G. G. (1987). *Œuvres psychiatryques*. Paris: Frénésie.

De La Mettrie. (1981). *L'homme-machine*. Paris: Folio.

De Mause, L. (1982). La evolución de la infancia. En L. De Mause, *Historia de la infancia*, (pp. 15-92). Madrid: Alianza Universidad.

De Sanctis, S. (1909). Dementia praecocissima catatonica oder katatonie des früheren kindesalters, *Folia neurobiologica*, 2, 9 -12.

Delasiauve, L. (1853). *De la monomanie au point de vue psychologique et légal*. Paris: Martinet.

Department of Developmental Services. (1999). *Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California's developmental services system: 1987 through 1998*. California Health and Human Services Agency. State of California. Report to the Legislature March 1, 1999. Recuperado de <http://www.dds.ca.gov>

Descartes, R. (1983). *Discurso del método*. Barcelona: Orbis.

Despert, J. L. (1962). *Children of divorce*. New York: Doubleday.

Despert, J. L. (1968). Schizophrenia in children. En J. L. Despert. *Schizophrenia in children: Collected papers* (pp. 1-7). New York: Brunner/Mazel.

Deutsch, H. (1944). *The psychology of women: Vol. 1. A psychoanalytic interpretation*. Oxford, England: Grune & Stratton.

Deutsch, H. (1945). *The psychology of women. Vol. 2. Motherhood*. Oxford, England: Grune & Stratton.

Diderot, D. (1765). L'Article Jouissance de *L'Encyclopédie*, Tome 8, p. 889. Recuperado de <http://www.univ-montp3.fr/pictura/CAPES/Jouissance.pdf>

Doherty J. (2006) Screening pesticides for neuropathogenicity. *Journal of Medicine and Biotechnology*, 1-13.

Dubet, F. (2002). *Lé déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

Durkheim, É. (1921). La famille conjugale. *Revue Philosophique de la France et de l'Etranger*, 1-14.

Eisenberg, L, & Kanner, L. (1955). Notes on the follow-up studies of autistic children. *Psychopatolgy of Chilhood*. 227-239.

Eisenberg, L, & Kanner, L. (1956) Chilhood schizophrenia: Symposium, 1956: 6. Early infantile autism, 1943-55. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26 (3), 557.

- Esquirol, E. (1805) *Des passions, considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. (Thèse 574)*. Paris: Didot Jeune.
- Esquirol, E. (1838) *Analectes des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris: Theraplix.
- Federn, P. (1977). *Ego psychology and the psychoses*. London: Karnac Books.
- Flaquer, L. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.
- Fombonne E. (2001). Is there an epidemic of autism? *Pediatrics*, 107(2), 411-412.
- Fortea, M., Escandell, M., & Castro, J. (2013). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 746-768.
- Foucault, M. (1980). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. Madrid: FCE.
- Freud, A. (1980). *El yo los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós
- Freud, A. (1985a). *El psicoanálisis infantil y la clínica*. Buenos Aires: Paidós
- Freud, A. (1985b). Breve historia del análisis con niños. En A. Freud, *El psicoanálisis infantil y la clínica* (pp. 11-18). Buenos Aires: Paidós
- Freud, A. (1995). Beating fantasies and daydreams. En M. A. Fitzpatrick (Ed.), *Essential papers on masochism* (pp. 286-299). New York: New York University Press.

Freud, S. (1892/1982). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. (Trad. J.L. Etcheverry)

En S. Freud. *Obras Completas, Vol.1*, (pp. 211-322). Buenos Aires: Amorrortu.

(Textos originales (1950 [1892-99])

Freud, S. (1894/1976) Las neuropsicosis de defensa. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud.

*Obras Completas, Vol. 3*. (pp. 41-68). Buenos. Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1894).

Freud, S. (1895/1999). Estudios sobre la histeria. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras*

*completas, Vol. 2*. (pp. 1-325). Buenos. Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1895).

Freud, S. (1896/1976). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. (Trad.

J.L. Etcheverry). En S. Freud. *Obras completas, Vol. 3*. (pp. 157-184). Buenos. Aires:

Amorrortu. (Trabajo original en 1896).

Freud, S. (1900a/1996a). La interpretación de los sueños. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud.

*Obras completas, Vol. 4*. (pp. 1-341).Buenos. Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1896).

Freud, S. (1900b/1996b). La interpretación de los sueños. (Trad. J.L. Etcheverry) En S.

Freud. *Obras completas, Vol. 5*. (pp. 345-706). Buenos. Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1896).

Freud, S. (1901/1996). Psicopatología de la vida cotidiana. (Trad. J.L. Etcheverry). En S.

Freud. *Obras completas, Vol. 6*, (pp. 1-270). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1901).

- Freud, S. (1905/1993). Tres ensayos de teoría sexual. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 7*, (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1905).
- Freud, S. (1907/1999). El esclarecimiento sexual del niño. (Carta abierta al doctor M. Fürst). (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 9*. (pp. 111-122). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1907).
- Freud, S. (1908/1999). Sobre las teorías sexuales infantiles. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 9*. (pp. 183-202). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1908).
- Freud, S. (1909/1998). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 10*, (pp. 1-118). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1909).
- Freud, S. (1910a/1998). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 11*, (pp. 1-52). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1910 [1909]).
- Freud, S. (1910b/1979). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 11*, (pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1910).
- Freud, S. (1911/1980). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 12*, (pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1911).

Freud, S. (1913/1986). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 13.* (pp. 1-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en (1913 [1912])).

Freud, S. (1915/1984). Lo inconsciente. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 14,* (pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1915).

Freud, S. (1918/1986). De la historia de una neurosis infantil. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 17.* (pp. 1-112). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1918).

Freud, S. (1920/1984). Más allá del principio del placer. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 18.* (pp. 1-136). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1920).

Freud, S. (1923/1999). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 18.* (pp. 227-254). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1923).

Freud, S. (1925/1984). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 19.* (pp. 189-198). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1925).

Freud, S. (1925b/1984). La negación. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 19.* (pp. 249-258). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1925).

Freud, S. (1927/1986). El Porvenir de una ilusión. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 21*. (pp. 1-56). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1927).

Freud, S. (1930/1986). El malestar en la cultura. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 21*. (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1930).

Freud, S. (1931/1993). Sobre la sexualidad femenina. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 21*, (pp. 223-244). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original en 1931).

Freud, S. (1937/1986). Construcciones en análisis. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras Completas, Vol. 23*. (pp. 255-270). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1937).

Freud, S. (1940a/1986a). Esquema del psicoanálisis. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 23*. (pp. 133-210). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1940 [1938])

Freud, S. (1940b/1986b). La escisión del yo en el proceso defensivo. (Trad. J.L. Etcheverry) En S. Freud. *Obras completas, Vol. 23*. (pp. 271-278). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original en 1940 [1938])

Freud, S. & Jones, E. (2001). *Sigmund Freud. Ernest Jones: Correspondencia completa, 1908 – 1939*. R. A. Paskaukas. (Ed) Madrid: Síntesis.

Freud, S. & Jung, C. (2006). *Correspondencia. 1906-1923*. Barcelona: RBA Coleccionables.

Galileo G. (1984). *El ensayador*. Madrid: Sarpe



- Gault, J.L. (2013). La naissance de la science moderne. Une lecture de « La science et la vérité ». *La Cause du desir. Nouvelle revue de psychanalyse. Navarin editeur*, 84, 58-64
- Geissmann, C., & Geissmann, P. (1992). *Histoire de la psychanalyse de l'enfant: Mouvements, idées, perspectives*. Paris: Bayard.
- Gineste, T. (2006) *Victor de l'Aveyron : Dernier enfant sauvage, premier enfant fou*, Paris: Hachette.
- Gineste, T. (2009). Naissance de la pedopsychiatrie, de la prétention de Pinel aux interrogations d'Itard. En J. Arveille (Coord.) *Psychiatries dans l'histoire* (pp. 325-331). Caen: Presses Universitaires de Caen.
- González, J. & Rueda, F. (2009). Sobre la clínica del autismo. *Cuadernos de psicoanálisis*, (31), 91-97.
- Gineste, T. (2012). Naissance de la psychiatrie infantile (destins de l'idiotie, origine des psychoses). En J. Postel et Cl. Quézel (Eds.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (pp.387-405). Paris: Dunod.
- Griesinger, W. (1865). *Traité des maladies mentales : Pathologie et thérapeutique*. Paris: Delahaye.
- Guilaña, E. G. (2001). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis: una lectura a través del caso Schreber* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).

Hazard, P. (1994). *La crise de la conscience européenne (1680-1715)*. Paris: Le livre de poche.

Heller, T. (1908). *Über Dementia infantilis:(Verblödungsprozess im Kindesalter)*. Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Hug-Hellmuth, H. V. (1921/1975). À propos de la technique de l'analyse des enfants. *Psychiatrie de l'Enfant*, 18(1), pp.191-210.

Itard, J. M. G., Husson, Bourneville, D. M., Delasiauve, L. J., & Bousquet. (1894). *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron: L'idiotie et la surdi-mutilé; avec portrait du sauvage*. Paris: Alcan.

Jakobson, R. (1990). Shifters, verbal categories, and the russian verb. En L Waugh & Monville-Burston, L. (Ed.). *On language* (pp. 386-392). Massachusetts: Harvard University Press.

Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: FCE.

Jung, C. G. (1907/1987). *Psicología de la demencia precoz: Psicogénesis de las enfermedades mentales, I*. (Trad. Adam, I. G.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original en 1907)

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250

Kanner, L. (1946). Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American Journal of Psychiatry*, 103(2), 242-246.

Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 1(2), 119-145.

- Kirby, D. (11 de mayo de 2009) Government concedes vaccine-autism case in federal court - Now what? *The Huffington Post*. Recuperado de [http://www.huffingtonpost.com/david-kirby/government-concedes-vacci\\_b\\_88323.html](http://www.huffingtonpost.com/david-kirby/government-concedes-vacci_b_88323.html)
- Klein, M. (1928/2006a). Estadios tempranos del conflicto edípico. (Trad. H. Friedenthal, A. Aberastury, M. E. Morera y E. Groode) En M. Klein. *Obras Completas, I.* (pp. 205-216). Barcelona: RBA Coleccionables S.A. (Trabajo original en 1928)
- Klein, M. (1930a/2006a). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. (Trad. H. Friedenthal, A. Aberastury, M. E. Morera y E. Groode) En M. Klein. *Obras Completas, I.* (pp. 236-249). Barcelona: RBA Coleccionables S.A. (Trabajo original en 1930)
- Klein, M. (1930b/2006b). La psicoterapia de las psicosis. (Trad. H. Friedenthal, A. Aberastury, M. E. Morera y E. Groode). En M. Klein. *Obras Completas, I.* (pp. 250-252). Barcelona: RBA Coleccionables S.A. (Trabajo original en 1930)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses. *British Journal of Psychiatry, 118*, 381-419.
- Koyré, A. (1979). *Del mundo cerrado al universo infinito*. Madrid: Siglo XXI.
- Koyré, A. (1990). *Estudios galileanos*. Madrid: Siglo XXI
- Koyré, A. (1994). *Pensar la ciencia*. Barcelona: Paidós.

Koyré, A. (1961). Message d'Alexandre Koyré a l'occasion du centenaire de la naissance d'Emile Meyerson, *Bulletin de la Société française de Philosophie*, 53, 115-116.

Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.

Lacadée, P. (2009). Le corps et l'événement pubertaire sans le secours d'un discours établi. En J. C. Maleval (Dir.). *L'autiste, son double et ses objets* (pp. 253-268). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Lacan, J. (1966a). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 93-100). Paris: Seuil. (Original en 1949).

Lacan, J. (1966b). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 237-322). Paris: Seuil. (Original en 1953).

Lacan, J. (1966c). La chose freudienne ou sens du retour à Freud en psychanalyse. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 401-436). Paris: Seuil. (Original 1956)

Lacan, J. (1966d). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 473-509). Paris: Seuil. (Original 1957).

Lacan, J. (1966e). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 531-583). Paris: Seuil. (Original en 1959)

Lacan, J. (1966f). La science et la vérité. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 855-877). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1966g). De nos antécédents. En J. Lacan, *Écrits* (pp. 65-72). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1975a/1988). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2*. (Trad. D. Rabinovich) (pp. 115-144). Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1975b). *Le Séminaire, Livre 1. Les écrits techniques de Freud, 1953-1954*. Paris: Seuil

Lacan, J. (1975c). *Le Séminaire, Livre 20. Encore, 1972-1973*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1977). Ouverture de la section clinique. *Ornicar? 9*, 7-14.

Lacan, J. (1980). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1981). *Le Séminaire, Livre 3. Les psychoses, 1955-1956*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1986). *Le Séminaire, Livre 7. L'éthique de la psychanalyse, 1959-1960*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1991). *Le Séminaire, Livre 17. L'envers de la psychanalyse, 1969-1970*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1994). *Le Séminaire, Livre 4. La relation d'objet, 1956-1957*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (1996) L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud (1957). En J. Lacan, *Écrits* (pp. 493-530). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1998). *Le Séminaire, Livre 5. Les formations de l'inconscient, 1957-1958*. Paris: Seuil.

Lacan, J. (2001a). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. En J. Lacan, *Autres écrits* (pp. 23-84). Paris: Seuil. (Original en 1938).

Lacan, J. (2001b). Allocution sur les psychoses de l'enfant. En J. Lacan, *Autres écrits* (pp. 361-371). Paris: Seuil. (Original en 1968).

Lacan, J. (2001c). Note sur l'enfant. En J. Lacan, *Autres écrits* (pp. 373-374). Paris: Seuil. (Original 1969).

Lacan, J. (2001d). Radiophonie. En J. Lacan, *Autres écrits* (pp. 403-447). Paris: Seuil. (Original 1970).

Lacan, J. (2001e). L'étourdit. En J. Lacan, *Autres écrits* (pp. 449-495). Paris: Seuil. (Original 1973).

Lacan, J. (2005). *Le Séminaire. Livre 23. Le sinthome, 1975-1976*. Paris: Seuil.

Landauer, K. (1914). Spontanheilung einer Katatonie. *Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* 2, 441-459

Landriscini, N. (2014). Bleuler y Freud: Crónica de una escisión anunciada. *Norte de Salud mental*, 12 (48).

Laurent, E. (1980). Structures freudiennes de la psychose infantile et Margaret Mahler. *Ornicar?*, 20 (21), 220-224.

Laurent, E. (1981). Ce que savait Melanie. *Ornicar?* 24, 143-150.

Laurent, E. (1983). La psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan. *Quarto*, 9, 4-18

Laurent, E. (1989). Vigencia de tres exigencias deducidas de las enseñanzas de Lacan acerca de las psicosis. En E. Laurent, *Estabilizaciones en las psicosis* (pp. 7-20). Buenos Aires: Manantial.

Laurent, E. (1992), Una carta de Freud. *Uno por uno*, 28, 21-25.

Laurent, É. (1993). Trois énigmes: Le sens, la signification, la jouissance. *La revue de la cause freudienne*, (23), 31-37.

Laurent, É. (1997). Réflexions sur l'autisme. *Bulletin groupe petite enfance (Cereda)*, 10, 40-45.

Laurent, E. (2002). Une lecture de la Note sur l'enfant. *Bulletin du Groupe Petite Enfance*, (18), 7-14.

Laurent, E. (2010a). Une psychanalyse orientée vers le réel. En J. Miller (Dir.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort* (pp. 111-126). Paris: Navarin.

Laurent, E. (2010b). Les futurs des spectres de l'autisme. En B. De Halleux (Dir.), *Quelque chose à dire à l'enfant autiste* (pp. 223-236). Paris: Michèle.

Laurent, E. (2012) *La bataille de l'autisme: De la clinique à la politique*. Paris: Navarin.

Laurent, E. (2013). Le sujet de la science et la distinction féminine. *La Cause du désir*, 84, 24-38.

Lefort, R., & Lefort, R. (1980). *Naissance de l'Autre: Deux psychanalyses: Nadia, treize mois, et Marie-Françoise, trente mois*. Paris: Seuil.

Lefort, R., & Lefort, R. (1984a). *Diálogos sobre la clínica de la infancia*. Barcelona: Paradiso.

Lefort, R., Lefort, R., Solano, E. & Strauss, M. (1984b) El psicoanálisis con niños. En FUNDACION DEL CAMPO FREUDIANO *¿Cómo se analiza hoy?* (pp. 187-204). Buenos Aires: Manantial.

Lefort, Rosine (1984c). El niño del Lobo (I). “Señora”; “El lobo”. En *Clínica bajo transferencia*. (pp. 45-53). Buenos Aires: Manantial.

Lefort, R., & Lefort, R. (1986). Psicoanálisis con niños: La psicosis. En A. Vicens & E. Escayola (comp.) *Actas de la Primera Jornada de Trabajo sobre Psicoanálisis con niños. Forum-Red Cereda*. (pp. 7-37). Barcelona.

Lefort, R., & Lefort, R. (1987). Psicosis y significativo. Articulaciones. *El Analicón, Correo Paradiso*, 3, 21-29.

Lefort, R., & Lefort, R. (1988). *Les structures de la psychose: L'enfant au loup et le président*. Paris: Editions du Seuil.

Lefort, R., & Lefort, R. (1997). L'accès de l'enfant à la parole condition du lien social. *Bulletin groupe petite enfance*, 10, 18-21

Lefort, R., & Lefort, R. (2000). A propósito del autismo. *Carretel*, 3, 71-77

Lefort, R., & Lefort, R. (2003). *La distinction de l'autisme*. Paris: Seuil.

Lefort, R. (2014). El camino sobre la cresta de la duna. *Carretel*, 12, 19-25



- Locke, J. (1979) *Essays Concerning Human Understanding*, Oxford: Oxford University Press.
- Lutz, J. (1937). *Über die Schizophrenie im Kindesalter* (Doctoral dissertation, Art. Inst. Orell Füssli).
- Macalpine, I., & Hunter, R. (1953). The Schreber case: A contribution to schizophrenia, hypochondria, and psychosomatic symptom-formation. *Psychoanalytic Quarterly*, 22, 328-371.
- Mahler, M. (1984). *Estudios I. Psicosis Infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. S. (1965/1984). Psicosis infantil temprana: Los síndromes simbiótico y autístico. En *Estudios I: psicosis infantiles y otros trabajos*. Paidós.
- Maleval, J. C. (2003). De la psychose precocissime au spectre de l'autisme: Histoire d'une mutation dans l'apprehension du syndrome de Kanner. En J. L. Bonnat. (Dir.) *Autisme et Psychose : Machine autistique et délire machinique (clinique différentielle des psychoses)* (71-112). Nantes : Formation Continue de l'Université de Nantes.
- Maleval, J. C. (2007). Plutôt verbeux les autistes. *La Cause freudienne. Nouvelle revue de psychanalyse*, 66, 127-140.
- Maleval, J. C. (Dir.) (2009). *L'autiste, son double et ses objets*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Maleval, J. C. (2012). *Écoutez les autistes!* Paris: Navarin.
- Maleval, J. C. (2015). *L'autiste et sa voix*. Paris: Seuil.

- Marset, P. (1988). La nueva psiquiatría de Pinel como expresión de la nueva situación europea en los comienzos del siglo XIX. En Ph. Pinel, (pp. 11-35) *Tratado médico filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid: Nieva Col. Clásicos de la psiquiatría.
- Maurois, A. (1965) *Voltaire*. Barcelona: Ed. Juventud.
- Mayos, G., & Chust, J. V. M. (2008). *La ilustración y Los derechos humanos. Vol. 11*. Barcelona: Editorial UOC.
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupation therapy. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(1), 1-10.
- Miller, J. A. (1983). Schizophrénie et paranoïa. *Quarto*, 10, 18-38
- Miller, J. A. (1984a). C.S.T. – Clinique-Sous-Transfert. *Ornicar?* (29), 142-146
- Miller, J. A. (1984b). El piropo: Psicoanálisis y lenguaje. En J. A. Miller, *Recorrido de Lacan* (pp. 25-40). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (1993). Clinique ironique. *La Cause freudienne*, 23, 7-13
- Miller, J. (1994). Jacques Lacan et la voix. *Quarto*, 54, 47-52.
- Miller, J. A. (1997) *Le conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses*. Paris: Le Paon Agalma.
- Miller, J. A. (1999a). L'enfant entre la femme et la mère. *Filum, Bulletin psychanalytique de Dijon*, 10 (14) 5-11
- Miller, J. A. (1999b). *Estructura, desarrollo e historia*. Bogotá: Gelbo.

- Miller, J. A. (2004). L'invention psychotique. *Quarto*, 80(81), 6-13.
- Miller, J. A. (2006). Commentaire du séminaire inexistant. *Quarto*, 6(87), 6-18
- Miller, J. A. (2009). The invention of delirium. *Lacanian Ink*, 10 (34), 6-
- Miller, J. A. (2010). La matrice du traitement de l'enfant au loup. En B. De Halleux (Dir.), *Quelque chose à dire à l'enfant autiste* (21-32). Paris: Michèle.
- Miller, J. A. (2011). *Donc: La lógica de la cura*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2012). Le réel au 21e siècle. *La Cause du désir*, 82, 88-94.
- Monribot, P. (2010). *Lo infantil en el diván*. Granada: Ed. Universidad de Granada.
- Morilla, E. (2002). L'autisme: Des positions divergentes dans la psychanalyse. *Mental*, 11, 93-110.
- Morselli, E. (2008). Los neologismos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (2), 365-371.
- Neisser, C. (1892). Erörterungen über die paranoia vom klinischen standpunkte. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, 1-20.
- Palombo, J., Bendicson, H. K., & Koch, B. J. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. New York, NY: Springer.
- Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*. Madrid: Gredos.
- Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Editorial Masson.

- Pinel, Ph. (1818). *Nosographie philosophique, ou, la méthode de l'analyse appliquée a la médecine*. Paris: Brosson.
- Pinel, P., & Itard, J. M. G. (1991). *El salvaje de Aveyron: Psiquiatría y pedagogía en el luminismo tardío*. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.
- Pinel, P. (2006). *L'aliénation mentale ou la manie: traité médico-philosophique*. Paris: L'Harmattan.
- Pollock, L.A. (1993). *Los niños olvidados. Relaciones entre padres e hijos de 1500 a 1900*. México: FCE.
- Robertson, P. (1982). El hogar como nido: La infancia de la clase media en la Europa del siglo XIX. En L. De Mause, (pp. 444-471), *Historia de la infancia*, Madrid: Alianza Universidad.
- Rosenfeld, H. A. (1958). Some observations on the psychopathology of hypochondriacal states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 121-124.
- Rosenfeld, H. A. (1965). *Psychotic states: A psycho-analytical approach*. London: Hogarth Press.
- Rousseau, J.J. (1964). *Emilio o de la educación*. Madrid: Edaf.
- Rutter, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2, (3), 315-317.
- Sánchez, N., & Ruiz, G. (2012). Ese hombre alto y calmadamente energético: Adolf Meyer (1866-1950) y Emilio Mira y López. *Revista de Historia de la Psicología*, vol.33. 2, 23-46.

Saussure, F. D. (1995). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.

Sauvagnat, F. (1988). Histoire des phénomènes élémentaires. A propos de la signification personnelle, *Ornicar?* 44, 19-27.

Sauvagnat, F. (1999a). Écholalie et subjectivation dans la psychose infantile. *Revue Art et Thérapie*, 68-69, 94-98.

Sauvagnat, F. (1999b). L'écholalie: un phénomène cardinal de la psychose infantile. *L'Envers de Paris*, 21, 10-13.

Sauvagnat, F. (2000). Sur la difficulté du repérage des phénomènes élémentaires psychotiques chez les enfants. *Spicilège, Section Clinique de Rennes*, 33-60

Sauvagnat, F. (2002a). Position actuelle de la question des hallucinations chez les enfants psychotiques. En J. Vives (Ed.), *Les enjeux de la voix en psychanalyse, dans et hors la cure* (pp. 59-84). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Sauvagnat F. (2002b). Situation actuelle de la question de la langue par rapport aux théories récentes du langage précoce. *Bulletin du Groupe Petite Enfance du Champ Freudien*, 17, 36-42.

Schreber, D. P. (1978). *Memorias de un neurópata: Legado de un enfermo de los nervios*. Buenos Aires: Petrel.

Séguin, É. (1997). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*. Paris : Comité d'histoire de la Sécurité Sociale.

Séglas, J. (1892). *Les troubles du langage chez les aliénés*. Paris: Rueff.

Séglas, J. (1934). Préface. En H. Ey. *Hallucinations et délire* (1-9). Paris: Alcan.

Shorter, E. (1976). *The Making of the Modern Family*. London: Collins.

Silvestre, M. (1997). L'autisme infantile. *Bulletin groupe petite enfance (Cereda)*, 10, 9-17.

Solano, E. (1987). Les enfants de l'un tout seul. *Quarto* 28-29, 7-10.

Solano, E. (1993). Herminia, Anna, Melanie y los niños en la transferencia. *En Disparatorio. Revista Colombiana de Psicoanálisis. Bogotá*, 4.

Soler, S. (1989). *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Soler, S. (1997). Autisme et paranoïa. *Bulletin groupe petite enfance (Cereda)*, 10, 22-30

Solís, C. (1994). Introducción: Alexandre Koyré y la historia de la ciencia. En A. Koyré. *Pensar la ciencia*. (pp. 9-43). Barcelona: Paidós.

Strachey, J. (1980). Nota introductoria a las puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En S. Freud, *Obras Completas*, 12, (4-9) (Trad. J.L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu.

Thuillier, G. (2011). Le bicentenaire d'Édouard Séguin (1812-1880): Un programme de recherche. *Revue administrative*, 64(383), 535-539.

Vallejo Orellana, R. (2004). Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis del niño. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 131-142.

Williams, D. (2004). *Somebody somewhere*. USA: Random House.

- Windham, G. C., Zhang, L., Gunier, R., Croen, L. A., & Grether, J. K. (2006). Autism spectrum disorders in relation to distribution of hazardous air pollutants in the San Francisco Bay area. *Environmental health perspectives*, 1438-1444.
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8(3), 151-161.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Editorial Médica Panamericana.
- Zuliani, É. (2003). Autisme, automatisme mental et traitement de l'être. En J. L. Bonnat. (Dir.) *Autisme et Psychose : Machine autistique et délire machinique (clinique différentielle des psychoses)* (143-156). Nantes : Formation Continue de l'Université de Nantes.