

## *A case study of child psychosis<sup>1</sup>*

---

Andrea Obando Cuellar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudio de caso que surge del Proyecto de Investigación “Diseño y ejecución de un dispositivo analítico para la intervención de la psicosis infantil” Grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá – Colombia.

<sup>2</sup> Investigadora - Magister en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica. Especialista en Psicología Clínica. Universidad del Norte. Psicóloga. Universidad de San Buenaventura.

# *Un caso de psicosis infantil<sup>1</sup>*

Recibido: octubre 19 de 2012

Revisado: octubre 19 de 2012

Aprobado: noviembre 3 de 2012

## ABSTRACT

This article presents the case of Samuel, an eight-year-old boy apparently hospitalized for symptoms of anxiety that, throughout their evolution and according to his clinical evaluation, clearly revealed the symptomatology of child psychosis. The evaluation process indicated symptoms of child psychosis, the presence of archaic phobias, unnamed terrors, and the deconstruction of his linguistic organization. His symptomatology included somatic manifestations, the constant sensation of external threats to his sense of reality, and the feeling that his thoughts were depersonalized and overflowing. The world of ideas overtook the world of feelings. The child was marked by fantasies of annihilation and constant challenges that prevented him from accepting reality. With regard to Samuel's case study, it should be mentioned that, during his hospitalization and appeals, his parents did not agree on any type of therapy or on the possibility of creating an analytical space to better understand the logic and meaning of the traumatic event and the disorganizing fantasy of paternal loss. However, we asked ourselves what Samuel's signifier might have been.

**Key words:** diagnosis, child psychosis, psychotic disharmony.

## RESUMEN

Se expondrá el caso de Samuel un niño de 8 años de edad hospitalizado aparentemente por un cuadro de ansiedad, que en su evolución, y acorde a la evaluación clínica, expone claramente la sintomatología de una psicosis infantil. El proceso de evaluación indica cuadro psicótico infantil, presencia de fobias arcaicas, terrores sin nombre y desestructuración de la organización lingüística. Su sintomatología refiere manifestaciones somáticas, una sensación constante de amenazas externas a su juicio de realidad; y sensaciones de despersonalización y desbordamientos de su pensamiento. El mundo de las ideas sobrepasa al mundo de los afectos. Se presenta un infante matizado por fantasías de aniquilamiento y desafíos constantes de la aceptación de la realidad. Sobre el caso de Samuel, cabe mencionar que durante el proceso de hospitalización y recursos, los padres no concretaron la asistencia terapéutica, ni la posibilidad de brindar un espacio analítico para la comprensión de la lógica y significado del evento traumático y la fantasía desorganizadora de la pérdida paterna. Nos preguntamos cuál era el significante de Samuel.

**Palabras clave:** diagnóstico, psicosis infantil, disarmonía psicótica.

## Introducción

El siguiente estudio surge de la evaluación psicoanalítica de un caso investigado en el proyecto de investigación: “Diseño y ejecución de un dispositivo analítico para la intervención de la psicosis infantil”, del grupo de Investigación Psicosis y Psicoanálisis de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Este proyecto se funda en el desarrollo de un dispositivo analítico infantil, desarrolla un espacio de apertura al análisis y comprensión de las representaciones internas del mundo infantil del niño psicótico, y se vincula a los estudios ya realizados en el mismo grupo de Investigación. Se soporta así el desarrollo y avance de investigaciones ya realizadas en el adulto, que se irán innovando en su aplicación en la población infantil.

## La teoría

Para Marcelli (2007), la psicosis infantil al igual que la paidopsiquiatría, ha evolucionado en su semiología y ha cambiado su marco teórico. Actualmente los autores conciben ciertas formas clínicas, como la clínica del autismo infantil, las psicosis simbióticas (precozes) y las disarmonías psicóticas.

En la línea clínica de los años sesenta las llamadas psicosis precozes (simbióticas), fueron señaladas por sus características en la edad de inicio y su variabilidad extrema; en ellas, el dominio de crisis de angustia, perturbaciones motrices, rituales defensivos, trastornos del lenguaje y psicósomáticos, labilidad afectiva y catexis deficitarias de las funciones cognitivas, eran síntomas predominantes y de matiz diferencial de lo que se llamaba autismo.

La historia reciente de las psicosis infantiles viene señalada por la introducción, en 1943, del autismo de Kanner, quien describe una única agrupación semiológica admitida por la casi

totalidad de los autores. En sus primeros trabajos, describe un tipo específico de pacientes característicos de un patrón de aislamiento, la necesidad imperiosa experimentada por el niño de conservar su entorno siempre idéntico y principalmente la ausencia del lenguaje.

Con Winnicott (1996) el autismo se entiende como una organización defensiva en la que se aprecia la invulnerabilidad del sujeto. El infante lleva consigo una angustia impensable y su enfermedad es una estructura mental compleja, que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de angustia impensable. Angustia primitiva que sólo puede sobrevenir en estados de extrema dependencia. Según el autor no se establece una distinción entre el Yo y el mundo externo o separado.

Siguiendo las actuales formas clínicas, las psicosis precozes descritas con amplitud por Mahler (1984), describen una fase simbiótica del desarrollo fuertemente distorsionada. El niño, para este autor, trata a la madre como si ella fuera parte de él mismo, fusionada con él. El niño es incapaz de integrar una imagen de la madre como un objeto distinto y externo, y en cambio, parece mantener imágenes introyectadas y fragmentadas de un objeto malo y bueno, existiendo una fijación o regresión a la fase de la simbiosis patológica. Mahler (1984) refiere que:

Este grupo de infantes raramente presentan trastornos de conducta durante el primer año de vida salvo quizás por los trastornos del sueño, las reacciones patológicas se manifiestan durante el tercer o cuarto año de vida. El crecimiento madurativo de la coordinación motriz, que lleva inherentemente el desafío de la independencia, provocará una ruptura con la realidad que lleva a la vulnerabilidad del Yo ante la más mínima frustración. (p. 76).

De igual forma, los mecanismos de restitución que crea la variada sintomatología, constituyen

intentos de restablecer y perpetuar una unidad simbiótica madre-hijo de carácter desilusional y omnipotente. Debido a los continuos estados abismales y el pánico que producen, el infante se ve forzado a recurrir a una retirada secundaria que le permite refugiarse en un autismo (secundario), casi estabilizador. Mahler, Pine y Bergman (1977).

Para Marcelli (2007) la evolución de las psicosis precoces se ha descrito como una sucesión de manifestaciones afectivas ambivalentes, tanto búsqueda imperiosa de contacto afectivo con el otro que rápidamente toma un cariz de fusión, como reacción de angustia y de huida ante la amenaza representada por la absorción. Tustin (1977) partiendo de algunos trabajos winnicottianos, centra sus exploraciones, partiendo de que la psicosis traza un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad, que crea un “agujero negro”; el niño lucha contra él, mediante mecanismos arcaicos de tipo “enquistados” o bien mediante la identificación proyectiva, lo que lo lleva a intentar negar la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y el medio, a fin de preservar hasta donde le es posible un mínimo sentimiento de continuidad.

Con esto, recordando los trabajos de Winnicott (1975 - 1996), el origen de la psicosis infantil se ubica en los conflictos de la relación de adaptación recíproca madre-hijo, especialmente en el tiempo en que el niño experimenta “desilusión” frente a ella. Hasta el momento el niño vive en la “ilusión de omnipotencia”, puesto que la madre suficientemente buena sostiene al niño, lo cuida y le muestra los objetos, de forma que él cree ser su creador. Si la madre falla, el bebé puede experimentar angustias impensables o agonías primitivas, tales como el retorno a un estado de no integración, la sensación de caída incesante, la falta de impresión de residir en su cuerpo o la pérdida del sentido de la realidad (De Ajuriaguerra, 1996). Para Winnicott

(1975), el niño se defiende contra la ansiedad mediante mecanismos como la desintegración, despersonalización, estado autista y exacerbación del narcisismo primario, llevando así a una organización desviada y patológica.

El tercer cuadro aquí señalado corresponde a las llamadas disarmonías psicóticas, señaladas como una patología intermedia de organizaciones neuróticas y psicóticas, en las cuales el contacto con la realidad está parcialmente preservado; se caracteriza por una naturaleza particular de relaciones afectivas (lábilis), mecanismos defensivos y una vivencia fantasmática del cuerpo.

Aquí, la extrema ansiedad de mutilación, la incapacidad para tolerar la frustración, la utilización de mecanismos defensivos de tipo primitivo (escisión, negación, omnipotencia y proyección) y la precesión de procesos primarios, son factores que no pueden evolucionar conjuntamente con la catexis del tiempo y del espacio y con el descubrimiento del placer que el Yo del niño siente al programar y planificar una acción que involucre el dominio de su cuerpo (Ajuriaguerra, 1996).

Las disarmonías psicóticas, psicosis de la segunda infancia, son mucho más complejas que las psicosis precoces, ya que algunas de ellas en realidad son la prolongación de una forma precoz. En algunos casos clínicos los síntomas psicóticos sobrevienen después de una infancia en apariencia normal. No obstante para autores como Misés (1970), esta normalidad debe aceptarse con reservas, así como la posible ocurrencia de un proceso de desestructuración análogo al que se conserva en la patología adulta. De hecho, para Ajuriaguerra (1996), la clínica nos muestra a menudo algunos signos que atestiguan una distorsión precoz en una u otra de las líneas madurativas, síntomas tales como la anorexia, trastornos graves del sueño, etapas de extrema

ansiedad, docilidad o sumisión excesiva y rituales obsesivos persistentes.

Justamente Marcelli (2007), plantea que la existencia de un acontecimiento externo suele ser considerada por los padres como factor desencadenante, mientras que la reconstrucción idealizada del pasado borra todas las dificultades anteriores. La supuesta normalidad anterior, a menudo no es más que la proyección al exterior de la angustia paterna.

En la clínica, estas formas de psicosis de la segunda infancia se presentan en una personalidad más estructurada, con un grado de maduración claramente superior. El lenguaje se halla elaborado, se ha realizado catexis de los procesos cognitivos y estos empiezan a desprenderse del pensamiento mágico; lo real es percibido como tal, diferenciándose evolutivamente de lo imaginario. En este sentido, las manifestaciones psicóticas del niño, aparecen como conductas regresivas o desestructuradas en relación con la misma condición de evolución del infante (Ajuriaguerra, 1996).

Tustin (1977) refiere que este tipo de patología se desarrolla como defensa contra la sensación de pánico asociada a una separación física de características insoportables. Retomando a Freud (1920) en “Más allá del principio del placer”, refiere un trazo freudiano para la distinción entre los conceptos conjuntos de la ansiedad (susto y miedo) que permiten puntualizar las vivencias descritas en esta patología.

Para Freud (1920), el término ansiedad describe un estado particular en el que se espera el peligro o se prepara la persona para él, aun cuando se trate de un peligro desconocido. El miedo, requiere un objeto definido que inspire temor.

El susto no obstante, es el cualitativo que se da al estado en que cae una persona cuando se ve enfrentada a un peligro para el cual no se halla preparada, acentuando el factor sorpresa.

## El caso

Samuel un niño de ocho años de edad es hospitalizado aparentemente por un cuadro de ansiedad, que en su evolución y acorde a la evaluación clínica, expone la sintomatología de una psicosis precoz. El motivo de consulta que refiere la madre, es el siguiente: “*mi hijo siente un temor intenso de dormir solo, también ocurre que en la noche se despierta, habla solo, grita, dice que por favor no le hagan daño, que unos hombres los persiguen, al punto de mostrarse agresivo conmigo, cuando trato de despertarlo y sacarlo de esa situación*”.

La historia del infante indica una situación traumática, que se presenta en la tienda de barrio, propiedad de su padre, quien al cerrar el lugar es atacado por un grupo de delincuentes y herido con arma de fuego. Durante el tiempo de la agresión, Samuel se despierta con los gritos y llamados de ayuda, baja rápidamente y ve a su padre desmayado en el piso.

Días después del incidente, su padre se recupera, pero el menor empieza a manifestar un cuadro mutista, principalmente en el escenario escolar. Presenta conductas de agresividad con su grupo de pares y un fuerte retraimiento afectivo con su madre. En la consulta la madre refiere que “*Samuel se rebúsa a ver a su padre*” situación que inicialmente es aceptada por ella al considerar que es una reacción normal al impacto del evento.

Una semana previa a la hospitalización Samuel le describe a su madre “*que la pandilla (hombres que atacan a su padre) lo está esperando a la salida del colegio,*

*que estos hombres lo quieren atacar, que están vestidos de negro, me dicen que me van a robar, a herir al igual como hirieron a mi papá*". Permanece inmóvil (casi cata-tónico), por varias horas en su cuarto, empieza a repetir palilálicamente que su padre ha muerto, que su cuerpo se ha desfigurado. La madre le indica que esto no es cierto, que deben ir a visitarlo al hospital, que él está vivo.

Samuel se niega a visitar (a ver) al padre. En la noche nuevamente manifiesta estar viendo a quienes lo desean atacar. Es llevado en la mañana a la clínica e ingresa por cuadro de ansiedad. Su atención clínica se concentra inicialmente en la atención del psiquiatra, quien se alarma por las rupturas psicóticas presentadas por Samuel durante las tres primeras noches de la hospitalización. Es remitido al grupo de estudio, evaluándose allí la sintomatología, lo que hace sospechar la presencia de un cuadro de psicosis infantil.

## Conclusiones

El proceso de evaluación inicial supone un cuadro psicótico infantil, caracterizado por fobias arcaicas, terrores sin nombre, desestructuración de la organización lingüística, sintomatología propia de manifestaciones somáticas. Igualmente sensaciones constantes de amenazas externas a su juicio de realidad, despersonalización y desbordamientos del pensamiento, en el que el mundo de las ideas sobrepasa al mundo de los afectos.

La clínica revela en el niño con dicho diagnóstico, la invasión brusca del pensamiento por las manifestaciones delirantes ideativas y sensorializadas;

sus episodios son caracterizados por una intensa angustia de tinte cenestésico, que expresa la fragilidad de la imagen corporal y la sensación de amenazas de aniquilación.

En Samuel observamos ideas delirantes polimorfos, difusas y lábiles, cercanas a una fantasmaticización, típicas de un matiz persecutorio. La utilización de mecanismos de defensa arcaicos y de identificación proyectiva, mantienen a Samuel en un mundo caótico, con esto su ilustración clínica vendría dada por la desorganización lingüística. El infante repite frases oídas sin ser capaz de fundarse en sujeto de su discurso: "mi padre ha muerto". Referente al infante, el desconcierto paterno, objeto de sus intensas y contradictorias proyecciones tiene un sentido real. Si recabamos su historial, encontramos que las fronteras de la realidad, tocan las fronteras de fantasías y conflictos familiares que dejarían ver el núcleo originario del abandono delirante de su padre.

Siguiendo a Tustin (1977) y la comprensión de la estructura de Samuel, el niño psicótico y las reacciones en formas de pataletas manifestadas ante una sensación de interrupción del mundo externo, parecen ser más expresión de pánico que de ira, mostrando que el niño se siente amenazado por el peligro de aniquilación. Sobre el caso de Samuel, cabe mencionar que durante el proceso de hospitalización y recursos, los padres no concretaron la asistencia terapéutica, ni la posibilidad de brindar un espacio analítico para la comprensión de la lógica y significado del evento traumático y la fantasía desorganizadora de la pérdida paterna.

## Referencias

- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatría infantil*. Madrid Elsevier.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Madrid Biblioteca Nueva.
- Mahler, M. (1984). *Psicosis infantil, simbiosis e individuación*. París: Payot.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: MASSON.
- Mises, R. (1970). *Las psicosis del infante*. París: E.M.C.
- Tustin, F. (1977). *Autismo y psicosis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1975). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé.
- Winnicott, D. (1996). *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Paidós.