

Algunas consideraciones sobre las Psicosis Infantiles de Base Emocional

- 1- Si un niño no prosigue su desarrollo evolutivo, careciendo de causas orgánicas que lo determinen, es por causas psicógenas:
 - a) Emocionales.
 - b) Vinculadas a problemas con su entorno más inmediato con el cual va construyendo su psiquismo a medida que pasan sus años.
 - c) No es por su “culpa”, sino por una forma de relacionarse él con el medio ambiente, que depende directamente de la forma como el ambiente se relaciona con él.
- 2- Nos sostenemos en la comprensión y en la práctica en una concepción del Aparato Psíquico: Freud, Pichon-Rivière, Kaës, Guattari; de los Grupos, de la Familia, de los Equipos terapéuticos, de las Instituciones, de la Sociedad, de la Concepción “Salud- Enfermedad mental”, de la Intervención terapéutica, del proceso terapéutico basado en las Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional.
- 3- Presenta dificultades de identidad, que “coinciden” con dificultades de la separación yo no-yo.
- 4- Importa mucho más el trabajo con la Familia que sobre el “Complejo de Edipo” de ese niño.
- 5- Los aspectos psicóticos son: confusiones, caos, regresiones, desorganización, sufrimiento, destrucción, muerte, terror, odio, incomunicación, desamparo incontenible, incomprensibles para el sentido común.
- 6- El paciente “psicótico infantil” es un “pepo” (de la obra “Víctimas y victimarios”, así se lo llamaba al chivo expiatorio de esa familia que terminaban pateándolo en el escenario hasta que cae al foso del teatro). O sea, un depositario de la locura de los otros.
- 7- La invalidación de la experiencia (Laing) se produce primero sobre ese niño para, después, hacerlo depositario de los aspectos psicóticos, grupales, familiares, institucionales.
- 8- Las Psicosis simbióticas son muy frecuentes y determinantes de la situación del niño.
- 9- Las Simbiosis madre - hijo - hija es la más frecuente de ver clínicamente.
- 10- Pero, esta simbiosis no es sólo madre – hijo – hija. La posibilita, la fomenta, el padre y/o el resto de la familia.
- 11- Es trigeracional y transgeneracional. La madre y el padre hacen con su hijo y su familia actual lo mismo que hicieron con ellos en su

- familia de origen. La repetición es identificatoria. Es lo que aprendieron y saben hacer, lo que les hicieron y reproducen.
- 12- Los mecanismos predominantes son los de identificación proyectiva masiva, cruzada y múltiple (Bleger).
 - 13- Existen diferencias ideológicas entre los que ostentan el poder en esa familia.
 - 14- Subyacente a la simbiosis madre- hija(o) están la melancolía, la soledad, el abandono, la frustración.
 - 15- Hay dificultades en la puesta de límites por lo que sigue manteniéndose esa Psicosis / Simbiosis.
 - 16- Terapéutica:
La psicoterapia es fundamental para obtener tratamientos exitosos. El “terapeuta” o quienes cumplan con esa función (una institución – organización y sus integrantes), necesitan una clara identidad individual e institucional.
 - 17- Es fundamental el trabajo grupal familiar.
En este trabajo grupal familiar es clave primero insistir sobre el depositario y sobre las características del chivo expiatorio que el psicótico reviste: depositación y asunción de aspectos psicóticos de su entorno, de los integrantes de su entorno.

Seis cuestiones centrales en el enfoque de las Psicosis Infantiles.

- 1) ¿Qué es? El diagnóstico.
- 2) La multideterminación.
- 3) Los tratamientos (los seis vectores).
- 4) La socialización.
- 5) Los criterios de “cura” y de “alta”.
- 6) Los que no se “curan”.

Los seis vectores del tratamiento.

Estos seis vectores son fundamentales para el tratamiento de las Psicosis Infantiles de Base Emocional. Una modificación importante de cualquiera de estos seis factores esenciales estanca, enlentece o agrava la evolución de la situación clínica, así como su mutua complementación la favorece.

- 1) Lo psico y lo pedagógico.
- 2) La cura – aprendizaje – socialización.
- 3) La multideterminación y su complejidad intrapsíquica, grupal, familiar, institucional y socio comunitaria requiere de un modelo

institucional para su abordaje, con una epistemología convergente en su soporte y enfoque de la complejidad.

4) La dimensión estratégica: las Estrategias Terapéuticas de Abordaje Pluridimensional, las Terapias Combinadas (A. S.). Los abordajes intramurales y extramurales.

5) Los momentos multi, inter y transdisciplinarios.

6) El abordaje institucional es fundamental en el tratamiento y la socialización de estos niños y sus familias.

La organización, soporte del funcionamiento institucional, incluye el análisis y el trabajo sobre los factores: poder, dinero, ideología, implicación, sexualidad, libido.

Los equipos institucionales tienen que estar conformados por integrantes de diferentes disciplinas: maestros, psicomotricistas, psicólogos, artistas plásticos, actores de teatro, músicos, fonoaudiólogos, profesores de educación física, cocineros, administrativos, etc.

Las coordinaciones de trabajo intramural y extramural, las coordinaciones interinstitucionales y múltiples: interconsultas, supervisiones, asambleas de trabajadores, la comunidad terapéutica, el trabajo en redes, el trabajo en amplitud y en profundidad.

El modelo institucional de abordaje de las Psicosis infantiles (Proyecto y Modelo del I. P. P. U. de 1982 a 1994) es análogo, no igual, al de Maud Mannoni, al de Tony Lainé y al de Penot (todos estos en Francia, década de 1990). Incluyen las variables psicológicas, pedagógicas y un trabajo sobre las condicionantes y determinaciones que entendemos que producen la Psicosis Infantil. O sea: las psíquicas, las grupales, las familiares, las institucionales, las sociales, y se aborda cada una de éstas en las instancias colectivas de la institución.

Con un criterio de estrategias terapéuticas, un funcionamiento de la institución: coparticipativo, solidario, cogobernado, de soporte, elaborativo, placentero, esclarecedor y transformador.

Con recursos de coordinación, articulación, integración, potenciación y creación de nuevos mecanismos y nuevos efectos que deben ser hechos, como vimos, con un abordaje que posea una base epistemológica convergente.

Se enfatiza la colaboración, la cooperación, coparticipación, la solidaridad interinstitucional.

La institución no funciona como “depósito”.

No se administra medicación a los niños por parte de la institución, aunque se respetan los tratamientos medicamentosos indicados por los médicos tratantes (si ya los atendieran previamente al ingreso a la institución). No estamos de acuerdo en que esto sea lo conveniente.

Nosotros no lo hacemos, pero no confrontamos con los profesionales tratantes que atienden al niño por decisión de su familia.

Hay una génesis transversalizada de determinaciones familiares, institucionales, grupales, en donde se resalta la importancia del trabajo en equipo y la atención psicológica de los padres, tanto dentro como fuera de la institución.

No privilegiar los testados con números y cocientes.

Se realizan campamentos, vacaciones con actividades, almuerzos, etc.

Faltó, sin embargo, concretar la última etapa del Proyecto: la formación rentada (pagada por la institución) del personal dispuesto y habilitado legalmente para ejercer la Psicoterapia Familiar con una Dimensión Estratégica. Pensamos que fue determinante, en buena medida, de la no continuidad histórica del Proyecto institucional.