

Suplemento Edutherapie 24

Junio 2012

Esquizofrenia Un trastorno del desarrollo psíquico

**Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhart Lempp,
Franziska Demoulin-Lempp**

* Profesor Emérito de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Universidad de Tübingen, Alemania

** Psicomotricista de la Clínica Universitaria, Servicio de Psicoterapia del Niño y el Adolescente, Hospital Robert Debré, Reims, Francia

Traducción y prólogo de Carlos G. Wernicke

In memoriam

Publicado por primera vez en
Nervenheilkunde 30: 498 - 502, Alemania 2011

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio.



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social

Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL

Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGECP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

Esquizofrenia

Un trastorno del desarrollo psíquico

**Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhart Lempp,
Franziska Demoulin-Lempp**

RESUMEN

Según Bleuler todo diagnóstico de esquizofrenia debe basarse en síntomas relativos a una falta de contacto con la realidad. Se comparan las causas de la esquizofrenia con las del autismo de la niñez temprana. En ambos cuadros puede encontrarse falta de contacto con la realidad. En el autismo, además de un déficit de empatía no se han establecido primariamente la orientación hacia la realidad y la capacidad de referirse a ella. En las esquizofrenias la cognición orientada a la realidad parece desarrollarse de acuerdo con los patrones psicológicos, pero el contacto con la realidad se pierde al iniciar la enfermedad. Estudios recientes muestran que las personas que desarrollarán una esquizofrenia han presentado una empatía exagerada. En psiquiatría de niños la hipersensibilidad empática puede asociarse con rasgos autísticos. Desde el desarrollo, tanto el autismo como la esquizofrenia son así disfunciones cognitivas parciales. Éstas, junto con los factores genéticos y psicorreactivos, deben considerarse en un modelo causal común a ambos cuadros, incluidas sus formas atenuadas y transicionales hacia variantes normales.

SUMMARY

Starting with Bleuler, every diagnosis of schizophrenia must include symptoms relative to a lack of contact with reality. Causes of schizophrenia are compared with those of infantile autism. In both conditions forms of lack of contact with reality can be found. In autism, besides a lack of empathy reality orientation and the ability to refer to reality are primarily not established. In schizophrenias reality oriented cognition appears to develop according to psychological standards. Contact with reality is lost when the disease begins. Recent studies show that persons who later develop schizophrenia may before have suffered from an exaggerated empathy. Similarly in child psychiatry empathic hypersensitivity may be associated with autistic traits. Both infantile autism and schizophrenia are thus partial cognitive dysfunctions. These, together with genetic and psycho-reactive factors, must be considered in a common causal model for both conditions, including their attenuated forms and normal variants.

-
- I. PRÓLOGO - Carlos G. Wernicke**
 - II. INTRODUCCIÓN**
 - III. EL DESARROLLO DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD**
 - IV. FALTA O PÉRDIDA DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD PRINCIPAL**
 - V. NOSOLOGÍA DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO**
 - VI. SIGNIFICADO DE LA CAPACIDAD DE EMPATÍA**
 - VII. DESARROLLO Y TRASTORNO DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD**
 - VIII. SÍNTOMAS SIN CAUSALIDAD SEGURA**
 - IX. CONCLUSIÓN**
 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

I. PRÓLOGO

Carlos G. Wernicke

*Soñamos para no dejar nunca de ver
Goethe*

El artículo que presentamos aquí, aparecido en idioma alemán a mediados de 2011, pretende ser un homenaje póstumo a nuestro Miembro del Consejo Consultivo Internacional de la Cátedra Abierta de Discapacidad e Inclusión, mi amigo Reinhart Lempp. Su repentina desaparición física en febrero de 2012 lo tomó a sus 88 años en plena tarea. Su último libro, *Generation 2.0*, una comparación entre “su época”, el mundo que le tocó vivir, y el actual de inicios del siglo 21, apareció todavía a comienzos de 2012.

La traducción y presentación de este artículo en idioma español es posible gracias a la generosa autorización por parte de su esposa Annegret y su hija Franziska, coautora del artículo y psicomotricista, discípula directa de Bernard Aucouturier.

El artículo presentado toca un tema que era para Reinhart Lempp por demás caro: La realidad conjunta, aprendida como lento constructo durante las primeras etapas del desarrollo individual, en las fases sensomotora y preoperatoria [1], y las realidades colaterales, primeros mapas perceptuales del niño para una comprensión individual del contexto, basados en pocos datos e inferencias inmaduras, constitutivos de lo que durante tanto tiempo se menospreció como el mundo de la fantasía. En el mundo de habla alemana fue sin duda quien más trabajó en este tema, al punto de dedicarle un libro (*Nebenrealitäten – Realidades colaterales*) destinado a explicar la violencia adolescente como miedo al futuro, o asignarle gran importancia en su libro explicativo de la esquizofrenia y el autismo desde el punto de vista que prefería, el de la psicología del desarrollo (*Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten – De la pérdida de la capacidad de observarse a sí mismo*), que describe en detalle la falta de la habilidad de reconocimiento del límite entre la realidad conjunta y la realidad individualmente significativa. Le era particularmente importante resaltar que todos vivimos al mismo tiempo en la realidad conjunta, construida y consensuada con la cultura, y en realidades colaterales en ocasiones capaces de transformarse, durante un tiempo brevísimo o por décadas, en la realidad principal – por gran intensidad de la realidad colateral o porque la realidad conjunta, por múltiples razones, ya no es soportable.

Wilber [2], con un enfoque holístico, ha definido cuatro realidades en que el ser humano está constantemente inmerso: la objetiva, delimitable y mensurable; la subjetiva, emocional; la interobjetiva, que constituye la sociedad; y la intersubjetiva, que constituye la cultura. Es fácil observar el parangón con las postulaciones de Lempp. Lempp agrega la mirada desde la psicología del desarrollo del niño: Se llega al mundo iniciando la conformación de mapas perceptuales subjetivos y sólo trabajosamente se adecuan las interpretaciones individuales a un consenso externo, se incorpora la visión de la comunidad y se genera un mapa compartido con la cultura en que el niño está incluido. Si en presencia de otros no se utiliza preponderantemente este mapa conjunto, caben a ojos de la cultura dos posibilidades: Aún se es inmaduro (y se perdona a un niño pequeño que permanezca en su realidad individualmente significativa, porque se entiende que aún no ha tenido oportunidad de organizar la realidad conjunta) o se “está fuera de lugar”, siendo que ésta es la etimología de la palabra “loco”. No necesariamente se estará loco en el sentido psiquiátrico, sino que se adjudicará al que se instala en una realidad colateral una rareza, a veces admirada y otras temida: el poeta, el soñador, el inventor, el filósofo, pero también el violento, el adicto, el perseguidor. Las realidades colaterales son proyectos, imágenes, secuencias de pensamiento sin reflejo en la realidad conjunta. Que a veces pueden llegar a ser parte de la realidad conjunta, o nunca. Y el autista y el esquizofrénico, los trastornados generalizadamente en su desarrollo, presentan como característica central la dificultad de distinción entre las propias realidades colaterales y la realidad conjunta (que aún no existe o se ha perdido).

La psicología transpersonal [3] se ha dedicado a los estados de conciencia, y subraya que podemos pasar a estados de conciencia con otras lógicas y leyes, los “estados alterados de conciencia”. A este respecto, las investigaciones de Lempp son de gran utilidad. No es lo mismo la conciencia en la que el ser humano se encuentra durante el sueño, la ensoñación, la adicción, la meditación, que la de los estados transpersonales, aquellos en que la simbolización deja de filtrar el conocimiento del mundo y el conocimiento se vale de la contemplación. Por un lado, realidades colaterales en que hay simbolizaciones, aunque ordenadas según otras lógicas que van desde la lógica de la realidad conjunta hasta lógicas totalmente diferentes, y por otro, progresos en el desarrollo de la conciencia, en que la simbolización ya no es útil y se llega a estadios de desarrollo sutiles y causales, más allá de la fase operatoria formal.

La diferenciación en estados de conciencia (podríamos decir verticales a lo largo de la edad) debe distinguirse por consiguiente de las realidades colaterales (podríamos decir horizontales en un momento dado): Éstas últimas tienen presencia simultánea con el estado de conciencia vigil. Es seguro que asimismo podrían describirse realidades colaterales para cada uno de los estados de conciencia. Por otra parte, las realidades colaterales guardan estrecha relación con el concepto de traducción entre “personajes” en un mismo estadio del desarrollo [4] y el de “sombra” de Jung [5], no tanto en su sentido arquetípico cuanto en el más usual de aspectos no conscientes del sí mismo.

En este artículo en particular, debe decirse aún, Lempp se aboca al tema de la alteración cognitiva, sin dedicarse a los aspectos emocionales previos de la conformación de la cadena de experiencias que constituyen una cognición determinada. Debe resaltarse sin embargo que Lempp daba gran importancia a los aspectos emocionales de todos los seres humanos. Toda su obra, desde lo más sencillo y cotidiano hasta sus investigaciones profesionales, debe entenderse como la de alguien que hizo un culto del respeto y la dignidad humana.

Cada secuencia cognitiva se inicia en el humano con un impacto emocional, una vivencia [6]. Este desarrollo da comienzo desde el instante mismo de la concepción. Habría que hablar por tanto de una psicología del desarrollo prenatal. Cuando una emoción negativa es muy intensa y muy temprana, el acercamiento necesario a los demás humanos y su cultura se hace difícil o imposible y la construcción cognitiva (siempre simultáneamente emocional) de la realidad conjunta queda truncada. Lo mismo sucede en la esquizofrenia: Sistemas funcionales constituidos lúbilmente en su momento pueden padecer años después su fragmentación. La realidad conjunta se hace tan abrumadora que el sujeto se refugia en realidades colaterales y las confunde - incluso retrotrayéndose hacia estados de conciencia previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piaget, J.: La construcción de lo real en el niño. Crítica, Barcelona 1985, orig. 1977
2. Wilber, K.: Sexo, ecología, espiritualidad. Tomos I y II. Gaia, Madrid 1998, orig. 1995
3. Walsh, R., y Vaughan, F.: Más allá del ego. Kairós, Barcelona 1982, orig. 1980
4. Wilber, K.: El proyecto Atman. Kairós, Barcelona 1988
5. Jung, C. G. El hombre y sus símbolos. Paidós, Barcelona 2009
6. Wernicke C. G., TGD, Autismos, Asperger. Suplemento Eduterapia 22, Buenos Aires 2011

ESQUIZOFRENIA: UN TRASTORNO DEL DESARROLLO PSÍQUICO

II. INTRODUCCIÓN

Manfred Bleuler hablaba de las esquizofrenias sólo en plural. De acuerdo con la opinión científica generalizada de la época consideraba su causa predominante los factores genéticos, con todas sus consecuencias eugénicas.

Según Bleuler, las influencias genéticas provocaban una “disarmonía de las disposiciones”. En el esquizofrénico, sostenía, se podía ver conservado lo sano y en el sano, escondido lo esquizofrénico. Cuando esta disarmonía alcanzaba el umbral de lo intolerable tenía lugar la transformación en la psicosis. En qué consistía esa disarmonía y qué la causaba no tenían respuesta. Manfred Bleuler creía sin embargo que la pérdida de la relación con la realidad era requisito fundamental para el diagnóstico de esquizofrenia (33).

Si la pérdida de la relación con la realidad constituye un síntoma conductor de la esquizofrenia, surgen interrogantes que sólo pueden ser respondidos teniendo en cuenta la psicología y la psicopatología del desarrollo. No obstante, la fase temprana del desarrollo humano es poco considerada en la investigación de la psiquiatría de adultos. En su libro “Das Rätsel der Schizophrenie” [El enigma de la esquizofrenia], Häfner (14) reconoce como inicio de la esquizofrenia, por ejemplo, la aparición de los síntomas típicos, es decir, no antes de la adolescencia, ocupándose apenas de la sintomatología esquizofrénica en la niñez; si bien ésta es rara, ha sido descrita con frecuencia (9, 10). Ya en 1937 el psiquiatra de niños suizo Jakob Lutz demostró por primera vez que la esquizofrenia también se presenta en la niñez (27). La entidad nosológica de la esquizofrenia se discutió muchas veces durante el siglo XX. Ciompi, particularmente, sostuvo en 1982 en su libro “Affektlogik” [Afectológica] la opinión de que el problema comunicacional del doble vínculo, introducido en 1956 por Gregory Bateson, era para la comprensión de la esquizofrenia un tema de gran importancia. Bajo el título “Gibt es überhaupt eine Schizophrenie?” [¿Existe en verdad una esquizofrenia?], basado en una conceptualización sistémica multicondicionada y en un estudio de largo plazo, Ciompi señaló la diversa aparición de vulnerabilidades premórbidas de este trastorno psíquico tan rico en variantes sintomáticas y cursos clínicos (3, 4). Häfner llegó en el capítulo final de su libro, bajo el título “¿Qué es esquizofrenia?” a una manera de ver según la cual “la enfermedad esquizofrenia consiste en el extremo desfavorable de una escala continua de patrones sintomáticos, cuyo extremo más favorable presenta síntomas aislados en un marco de salud psíquica”. Su delimitación como enfermedad sería artificial, si bien relevante para la práctica clínica. En muchos estudios quedó clara a finales del siglo XX la significación del desarrollo de la relación con la realidad en la niñez, comprobándose que tal desarrollo constituye un importante complemento y ampliación para la comprensión de la esquizofrenia.

III. EL DESARROLLO DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD

El interrogante acerca de la relación con la realidad se formula a la psicología del desarrollo, y con ello asimismo a la psiquiatría infantojuvenil. Se trata de una capacidad que cada niño debe aprender en sus primeros años de vida. En su interacción con los seres humanos de su entorno el niño debe aprender a hallar la salida desde su egocentrismo natural original a través de sus acciones y experiencias conjuntas con las personas que conviven con él. Es el instante del surgimiento de la conciencia individual, un momento que algunos pueden recordar de por vida. Recién más tarde reconoce el niño que las demás personas experimentan lo vivido en conjunto de otra manera, ligando con ello otras imágenes. De acuerdo con el psicólogo del desarrollo Oerter, la acción es en la teoría del conocimiento la base de la construcción de la realidad; en otras palabras, la acción, como proceso objetivo y real, tendría un efecto productor de realidad (30). Al actuar conjuntamente con las personas con quienes vive, el niño recoge en el transcurso de los primeros años de vida la experiencia de una realidad conjunta. Antes de este progresivo desarrollo de la relación con la realidad compartida con los demás seres humanos de su ambiente, el niño tiene una propia percepción egocéntrica del mundo vivido por él.

Según Resch (32), la capacidad de permanencia de objeto es imprescindible para la construcción de una imagen del mundo y para el pensamiento representativo. Estas capacidades recién se desarrollan en el segundo año de vida lo suficiente como para poder hablar de autoimagen o de una imagen del mundo. Antes de eso, junto con el egocentrismo existen apenas imágenes mágico-animistas. Resch diferencia entre conciencia y control de la realidad. La realidad aparecería allí donde diferentes personas acuerdan sus sensaciones individuales a tal punto que serán capaces de comunicarse su significado entre ellas. Sólo así sería posible la comprensión mutua. Esta visión acerca de sí mismo y la capacidad de componer imágenes propias sólo son paulatinamente posibles después del segundo año. El mundo propio, egocéntrico y por completo imaginado en forma individualista, se encuentra en principio en un completo primer plano; recién en coincidencia aproximada con la edad de la escolarización se hace dominante la visión conjunta de la realidad, sirviendo desde entonces como base para toda relación.

La fortaleza y significación de la representación individual de la realidad se observa por ejemplo claramente en los juegos de roles de los niños, a menudo teñidos de una intensa fantasía. Puesto que estas representaciones conllevan efectos emocionales, aquellas fantasías que son imaginadas y cultivadas una y otra vez pueden denominarse, en contraposición con la realidad principal conjunta, realidades colaterales. Esta capacidad representacional sigue existiendo en el adulto, aun cuando nadie informa con agrado acerca de ella porque se trata sólo de "fantasías", por lo que son consideradas "infantiles". En verdad, estas realidades colaterales por completo individuales no son solamente juegos de pensamiento carentes de importancia, sino antes bien el prerequisite para la planificación, la ciencia, el desarrollo, la

cultura, la religión y el arte. Asimismo, constituyen la posibilidad de una regresión psíquica protectora (20, 22).

En su interacción con los niveles representacionales, con las realidades colaterales individuales y con la realidad principal conjunta de significación cada vez mayor, los niños aprenden a diferenciarla de modo cada vez más seguro, ya que junto con la conciencia de realidad opera el control de ésta. Importante al respecto es la capacidad de cambiar a plena conciencia de una forma de realidad a la otra, la capacidad de "pasaje". En conexión con la esquizofrenia, este concepto fue acuñado por Klaus Conrad (5). La capacidad de un niño de reconocer en forma diferenciada su ambiente y de diferenciar e intercambiar mediante su capacidad de pasaje entre realidad colateral individual y realidad principal conjunta las representaciones que le son posibles es para el niño un logro en su desarrollo psíquico. Este logro es prerequisite para un desarrollo psicosocial normal. Si un niño no puede alcanzar estas capacidades o si en una edad posterior éstas se pierden, surge un trastorno en el psiquismo.

IV. FALTA O PÉRDIDA DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD PRINCIPAL

Un ejemplo típico de desarrollo ausente o deficitario de la capacidad de construcción de la relación con la realidad principal es el autismo de la niñez temprana, descrito por primera vez por Kanner en 1944 y en su forma más leve, como psicopatía autística, por Asperger, de modo independiente y en el mismo año. El autismo de la niñez temprana constituye un trastorno del desarrollo adquirido de manera congénita o durante la niñez temprana que muchas veces sólo puede ser diagnosticado con seguridad recién hacia finales del segundo año de la vida. Se caracteriza por el hecho de que estos niños quedan atrapados desde un comienzo en su propia realidad colateral, dentro de la cual viven, vivencian y piensan. El síntoma central es una capacidad de empatía faltante o limitada. En casos aislados, un quantum de empatía exagerado, sentido como gravoso, puede conducir a un aparente déficit de empatía, casi como un mecanismo de defensa.

Tanto en el autismo de la niñez temprana como en la esquizofrenia existen todos los grados de presentación, desde una variante caracterológica normal hasta la severa discapacidad mental y la psicosis (24). Durante un tiempo, la conexión entre el autismo de la niñez temprana y la esquizofrenia ha ocupado a la investigación psiquiátrica: Sobre todo Eggers ha tratado la delimitación del autismo de la niñez temprana y los trastornos psíquicos esquizofreniformes de aparición - aunque rara - ya durante la niñez (8, 9). En tanto entre estos últimos cuadros hay remisiones, en el autismo de la niñez temprana puede observarse una cierta mejoría de la adaptación, pero no una superación del trastorno (10).

Kanner mismo no veía en el cuadro clínico que él describió una forma de esquizofrenia, sino un "síndrome diferenciado" causado en su opinión ante todo por la alteración de la relación madre-hijo, lo que más tarde se consideró un error (28). Häfner acentúa la diferenciación entre autismo de la niñez temprana y esquizofrenia en base a su diferente curso. En tanto en el autismo las características de la personalidad se mantienen de por vida, el cuadro esquizofrénico muestra episodios psicóticos. De todos modos, estos no son argumentos probatorios en contra de causas en común o de un trastorno básico único. Si en ambos casos se trata de trastornos cognitivos, la diferencia fundamental consiste en que el desarrollo de la relación normal con la realidad nunca se ha alcanzado por completo, como en el caso del autismo de la niñez temprana, o sí fue posible durante un tiempo - de varios años o de décadas - y recién después se perdió. Sólo en este segundo caso, esto es en la esquizofrenia, es posible recuperar la capacidad de pasaje hacia la realidad conjunta, y con ello la normalidad psíquica, bien sea por medio de un tratamiento antipsicótico o en forma espontánea, de manera transitoria o incluso definitiva.

Unos primeros estudios de cursos clínicos en adolescentes autistas de tipo leve (Asperger), en que en presencia de un buen nivel intelectual los sujetos pueden integrarse relativamente bien, demostraron que algunos de ellos presentan en la adolescencia un desarrollo hacia una esquizofrenia paranoide - alucinatoria típica (18, 26). La pérdida o la ausencia de la relación con la realidad principal conjunta se limita a las relaciones con otras personas y a la conducta y a las acciones de éstas, así como a la interpretación de sucesos o a la adjudicación de capacidades humanas a objetos sin vida. Los autistas, que nunca alcanzan una relación normal con la realidad, aprenden tempranamente a adecuarse a las circunstancias y los condicionamientos de la vida cotidiana. Los autistas de buen nivel intelectual pueden aprender en el curso de su avance hacia la adultez a resonar hasta un determinado grado con pensamientos y sentimientos de otros seres humanos. Lo aprenden tal como se hace por ejemplo con el lenguaje y las normas de un pueblo extranjero.

El punto de vista presentado, según el cual para la explicación de la enfermedad esquizofrénica se incluye al autismo de la niñez temprana, debido a que a ambas patologías les es común el trastorno del desarrollo de la relación con la realidad, fue expresado ya en 1984. En esta presentación es ampliado por la introducción de los diferentes planos de la realidad en que un ser humano puede ejercer el pensamiento, de la realidad colateral individual y la realidad principal conjunta, así como su importancia de largo alcance (18, 22). A este respecto es importante que Crespi y col. (6) se han ocupado extensamente de la relación entre el autismo de la niñez temprana y la esquizofrenia. Hallaron notables diferencias. Así, en sujetos del espectro autista hallaron en la historia previa en la niñez temprana una cantidad notoriamente menor de indicios de complicaciones durante embarazo y parto, en comparación con otros del espectro psicótico. Esto confirma las comprobaciones anteriores. Asimismo, encontraron en enfermos psicóticos más desarrollos deficitarios a nivel orgánico encefálico que entre los autistas.

V. NOSOLOGÍA DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO

Si el trastorno de la relación con la realidad, sea desde un inicio o recién después de algunos años o décadas de vida, es la causa común del trastorno psíquico en el autismo de la niñez temprana y la esquizofrenia, es evidente que pueden suponerse causas idénticas. Claramente se trata de una serie de diversos factores que interactúan entre sí, con diversa intensidad a nivel individual. En ambos trastornos psíquicos podría cooperar un factor genético. Poustka (31) comprobó en el autismo de la niñez temprana un gen de riesgo (31). También otras investigaciones mencionan genes de riesgo. Con todo, un gen de riesgo del autismo de la niñez temprana no habla en contra de una forma patológica unificada con la esquizofrenia como consecuencia del desarrollo faltante o alterado de la relación con la realidad. Los genes de riesgo podrían ser causantes sólo de una completa expresión temprana del cuadro clínico. Es posible que el factor genético no se active en soledad; por otra parte, en ambas formas de la patología hay sujetos en quienes no es posible comprobar ninguna herencia.

A su vez, disfunciones del desarrollo encefálico de grado leve surgidas durante el embarazo, el parto o la niñez temprana - por sí mismas o en conjunción con el factor genético - pueden conducir a que algunos aspectos de las capacidades cognitivas se vean alteradas, perjudicadas o por lo menos labilizadas. Häfner describe como causas de la esquizofrenia genes de riesgo únicos o combinados y alteraciones prenatales, perinatales y postnatales en el desarrollo encefálico, siendo la vía final conjunta el síntoma psicótico. Se basa en recientes grandes investigaciones estadísticas de nivel internacional, que mostraron en sujetos posteriormente esquizofrénicos un desarrollo motor, lingüístico y cognitivo más lento. La mayor frecuencia de complicaciones en el embarazo y el parto en sujetos que más adelante enfermaron de esquizofrenia se conoce desde 1979 y quedó confirmada (6, 7, 16).

VI. SIGNIFICADO DE LA CAPACIDAD DE EMPATÍA

Investigaciones de gran porte acerca de la diferencia entre el autismo de la niñez temprana y la esquizofrenia llegaron a una comprobación común a ambas formas patológicas. Se trata del “encéfalo social humano”. La “cognición social”, lo que denominamos capacidad de empatía, se hallaría claramente subdesarrollada en los autistas, en tanto que muy aumentada en las psicosis. Ciertamente, la falta de empatía es un criterio decisivo, un síntoma conductor del autismo de la niñez temprana. La adquisición de esta capacidad, como la construcción de la relación con la realidad, es un logro activo en el desarrollo psíquico del niño (34). Así es que la “teoría de la mente” se transformó en un tema de importancia. Este concepto de la “cognición social” diferencia aún más

el campo de la empatía, si bien es idéntico en cuanto a sus alcances. Si en las personas que más tarde serán esquizofrénicas puede comprobarse una capacidad empática hiperdesarrollada, ésta puede activarse como severa carga psicológica. Al respecto, Eggers señala que una disfunción de las funciones encefálicas correspondientes podría conducir a una inundación, a un trastorno en la filtración y a una protección deficitaria ante estímulos gravosos. Considera que sería posible esta vía para la aparición de las alucinaciones (9). Esto podría tomarse como la “disarmonía de las disposiciones” supuesta por M. Bleuler, el principal desencadenante de una psicosis esquizofrénica. Así podría explicarse en la esquizofrenia la pérdida consecutiva de la relación con la realidad, en cierto modo como defensa sustituta contra la sobrecarga emocional.

VII. DESARROLLO Y TRASTORNO DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD

Daños parciales en el desarrollo psíquico de la niñez temprana, como es el desarrollo alterado de la relación con la realidad, se conocen en la psiquiatría de la niñez y la adolescencia como trastornos parciales del rendimiento. Esta denominación, así como “debilidades parciales del rendimiento”, fue introducida en 1973 por Graichen, basado en Vigotski, quedando incorporada como concepto de resumen de las debilidades funcionales del sistema nervioso central al momento de la construcción de las capacidades cognitivas durante la niñez. Graichen las refirió al desarrollo de la relación con la realidad (12, 13). Por el contrario, Süllwold trazó un límite entre los trastornos parciales del rendimiento y los trastornos básicos esquizofrénicos, a saber el déficit psicológico hallable durante las fases de reposo de las psicosis. La autora defendía la opinión de que las vías finales patológicas se diferencian según que los órganos encefálicos funcionales queden poco desarrollados por un daño encefálico o que haya una predisposición hacia la alteración, tal como se la supone en los esquizofrénicos. Acentúa que esta situación aún no ha sido suficientemente investigada (36). Sin embargo, una diferenciación entre trastornos básicos y trastornos parciales del rendimiento no parece convincente.

La acción conjunta de varios factores fue supuesta en las hipótesis de los “dos impactos”, pero no se tuvo en cuenta la importancia particular de los trastornos parciales del rendimiento. La significación que se ha dado antes a los daños encefálicos de grado leve adquiridos en la niñez temprana debe considerarse sin duda como demasiado unilateral y delimitada. La diferencia tajante entre estos factores y los factores genéticos fue demasiado severa. Tales factores pueden convivir, e incluso tener consecuencias comparables. Un típico trastorno parcial del rendimiento, como por ejemplo la dislexia, puede aparecer por razones hereditarias pero también ser la consecuencia de daños leves en la niñez temprana. A este respecto es interesante que Crespi y col. encontrasen en los psicóticos más frecuentemente una dislexia que en los

autistas (6). Por el contrario, de acuerdo con observaciones propias no es infrecuente en autistas una disfasia. En principio, muchos autistas presentan grandes dificultades para el análisis de la palabra hablada, en la decodificación de la información verbal. Las informaciones visuales en forma de imágenes simples y claramente estructuradas son para ellos de gran ayuda. Tan pronto han adquirido la escritura, también sus capacidades verbales dan muchas veces un salto llamativo en su desarrollo.

VIII. SÍNTOMAS SIN CAUSALIDAD SEGURA

No todos los síntomas esquizofrénicos pueden ser explicados con seguridad a partir de esta visión de un desarrollo alterado de la relación con la realidad. Häfner menciona muchas veces la depresión como síndrome prodromático frecuentemente previo al desencadenamiento de una esquizofrenia, aunque también se la interpreta como reacción a la aparición de la psicosis. Es pensable que la experiencia de la propia inseguridad en el desarrollo de las capacidades cognitivas pueda conducir a un ánimo depresivo reactivo. Por otra parte, pudo observarse repetidamente que una fase depresiva típica manifestada en la edad prepuberal ha sido seguida luego de su repetición por una crisis esquizofrénica típica. Esta evolución pudo ser impedida en casos aislados mediante un tratamiento antidepressivo temprano y duradero. Ya en 1971 informó Nissen acerca de estas observaciones. Parece entendible que la experiencia de una depresión reactiva, no claramente delimitada, pueda desencadenar un trastorno de su relación con la realidad en un adolescente que quizás ya presentaba una labilidad (23, 29).

Otros síntomas esquizofrénicos que no son de fácil explicación causal son las alucinaciones. No aparecen en el autismo de la niñez temprana. Como se ha señalado, puede suponerse que realidades colaterales que se han hecho dominantes son capaces de alterar las funciones encefálicas sensoriales. Las alucinaciones sensoriales constituyen la expresión más masiva del trastorno de la relación con la realidad. Como hipótesis, en la típica esquizofrenia simple, con su inicio paulatino y su alejamiento progresivo respecto de la realidad conjunta podría pensarse en una huida desde una realidad subjetiva insoportable. Dicha huida no puede interpretarse como decisión consciente, sino como reacción inconsciente. Por ello es que los sujetos que presentan una esquizofrenia simple pueden sufrir una psicosis no tan severa; por eso mismo tampoco muestran afectos de excitación. En estos casos ya no se intenta recuperar la perdida capacidad de pasaje. El curso clínico es en general de larga duración (25). Por fin, es pensable que una pérdida transitoria de la relación con la realidad es un suceso que no se presenta tan infrecuentemente, por ejemplo podría dar lugar a una "esquizofrenia de diez minutos". Ésta llamaría la atención sólo si durante ese breve lapso tuviese lugar algo desacostumbrado. Como consecuencia de la sobreidentificación con un

personaje de la realidad colateral podrían aparecer fenómenos con posible importancia psiquiátrica forense. No obstante, todo esto se encuentra todavía más allá de lo demostrable (21).

IX. CONCLUSIÓN

En términos generales podemos confirmar las comprobaciones de Häfner. Las podemos incluso ampliar y especificar:

Si se parte del trastorno de la relación con la realidad propugnado por Bleuler como prerequisite para el diagnóstico de esquizofrenia, entonces esto es válido tanto para la esquizofrenia como para el autismo de la niñez temprana. En ambos casos está alterada la relación con la realidad. En el autismo de la niñez temprana no surge desde un comienzo una relación normal con la realidad, mientras que en la esquizofrenia ella se desarrolla en apariencia de forma normal y es sólo más tarde que se la pierde. El desarrollo de la relación con la realidad es un logro cognitivo alcanzado por cada niño psicológicamente normal en el curso de los primeros años de vida. Puesto que en el desarrollo psíquico surge una relación egocéntrica con la realidad en forma de una realidad colateral del todo individual, el niño aprende durante este desarrollo a diferenciarla de la realidad principal conjunta y a cambiar entre estos planos de la realidad. Aprende el pasaje. La posterior pérdida de esta capacidad de pasaje desde una realidad colateral a la realidad principal implica la pérdida de la relación normal con la realidad.

Las causas más importantes del autismo de la niñez temprana y la esquizofrenia son trastornos del desarrollo de la relación con la realidad, es decir, del desarrollo cognitivo durante los primeros años de la vida. Esto es válido asimismo para la adquisición de la capacidad de empatía. Junto al trastorno o a la pérdida de inicio de la relación con la realidad puede considerarse como causa de la pérdida tardía una capacidad empática exagerada. Como factores alteradores pueden mencionarse tanto disposiciones genéticas como complicaciones durante el desarrollo encefálico temprano, en el embarazo, el parto y los primeros años de vida. Todas estas formas de daño se fundamentan en indicios estadísticos. Tampoco pueden excluirse como causales los impactos psicológicos. Debe partirse de que la cooperación de diversos factores tiene una gran importancia. Las consecuencias cognitivas negativas de impactos exógenos y/o genéticos productores de daño para el desarrollo de un niño se mencionan como trastornos parciales del rendimiento. Las esquizofrenias constituyen un grupo sintomático que puede surgir en base a diferentes factores patogénicos con acción durante el desarrollo encefálico temprano. Implican una limitación de las posibilidades para el pensamiento humano.

Las fases depresivas previas al surgimiento de una esquizofrenia pueden considerarse una sobrecarga adicional y un desencadenante de la patología, pero también signos de advertencia, pródromos psíquicos.

Las formas de presentación clínica de ambos cuadros muestran transiciones fluidas entre variantes aún normales de la personalidad hasta los trastornos severos. Los límites con la patología son impuestos por cada cultura y por lo general se trazan de acuerdo con el déficit de integración social o el padecimiento del sujeto ante el medio ambiente o de éste ante el sujeto.

Es posible que en la esquizofrenia simple sin síntomas afectivos severos pueda suponerse una renuncia a la capacidad de pasaje, como expresión de una huida desde la realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL ORIGINAL

1. Asperger H. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. Arch f Psychiatrie 1944; 1:76-136.
2. Asperger-Felder M. "Zum Sehen geboren. In: Castell R. Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: V&Rubipress 2008.
3. Ciompi L. Affektlogik. Stuttgart: Klett Cotta 1982.
4. Ciompi L. Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? In: Lempp R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
5. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme 1971.
6. Crespi B, Babcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. Behavioral and brain sciences 2008; 31:241-320.
7. Eggers C. Zur nosologischen Abgrenzung zwischen frühkindlichem Autismus und kindlicher Schizophrenie. In: Kehr HE. (Hrsg.): Kindlicher Autismus. Bibliotheca psychiatrica. Nr. 157. Basel: Karger 1978.
8. Eggers C. Kognitive Störungen bei einem high-risk-Kind. In: Huber G. (Hrsg.) Schizophrenie. Stand und Entwicklungstendenzen der Forschung. Stuttgart: Schattauer 1980.
9. Eggers C. Beziehungen zwischen kindlichen Psychosen und Psychosen des Erwachsenenalters. In: R Lempp: Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
10. Eggers C. Die Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters. Symptomatologie, Verlauf, ätiologische und therapeutische Aspekte. Z ärztl Fortbild Qual (ZaeFQ) 2002; 96:567-577.
11. Felder W. Lutz J. Kinder- und jugendpsychiatrisches Werk. In: Castell R. (Hrsg.): Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: V&Rubipress 2008.
12. Graichen J. Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus der Sprachbenutzung. Z Kinder-Jugendpsychiat 1973; 1:113-143.
13. Graichen J. Teilleistungsschwächen und als Störfaktoren beim Aufbau des Realitätsbezuges. In Lempp R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
14. Häfner H. Das Rätsel Schizophrenie. München: Beck 2004.
15. Kanner L. Early infantile autism. J Pediatrics 1944; 25:211-217.
16. Keppler K et al. Die frühkindliche Anamnese der Schizophrenen. Nervenarzt 1979; 50:719-724.
17. Lempp R. Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung. Bern: Huber 1973.

18. Lempp R. Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. In: Lempp R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
19. Lempp R. Gibt es eigentlich psychotische Symptome? Acta paedopsychiatrica 1988; 51: 172-177.
20. Lempp R. Das Kind im Menschen. Stuttgart: Klett 2003.
21. Lempp R. Mörderische Fantasien und Wirklichkeit - die kriminologische Bedeutung der Nebenrealität. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Lengerich: Pabst 2006.
22. Lempp R. Nebenrealitäten, Jugendgewalt aus Zukunftsangst. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaften 2009.
23. Lempp R, Fuchs F. Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen im Kindes- und Jugendalter. In: Friese HJ, Trott G. (Hrsg.). Depressionen in Kindheit und Jugend. Bern: Huber 1988.
24. Lempp R, Demoulin-Lempp R. Vom normalen Autismus bis zur schweren Entwicklungsstörung, In: Nissen B. (Hrsg.): Autistische Phänomene in psychoanalytischen Behandlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag 2006.
25. Lempp R, Demoulin-Lempp F. Was ist eigentlich Schizophrenie? Aachen: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2009.
26. Lempp R, Röcker D. Die Adoleszenz beim kindlichen Autismus, und Lempp R. Folgerungen aus dem Verlauf des Autismus infantum in der Adoleszenz für die Nosologie der Schizophrenie. In: Lempp R. (Hrsg.): Adoleszenz. Bern: Huber 1981.
27. Lutz J. Über die Schizophrenie im Kindesalter. Art Institut Orell Füssli Zürich 1937.
28. Neumärker KJ, Kanner L. In: Castell R. (Hrsg.): Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: V&Rubipress 2008.
29. Nissen G. Milieufaktoren und spätere schizophrene Psychosen bei depressiven Kindern. Arch Psychiat Nervenkr 1971; 214:319-323.
30. Oerter R. Psychischen Entwicklung als Realitätskonstruktion. In: Lempp R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
31. Poustka F. Neu entdeckte Genmutation erklärt kognitive Defizite bei Autismus. idw-online.de 2006.
32. Resch F. Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union 1996.
33. Scharfetter C. Von Eugen Bleuler zu Manfred Bleuler - der Wandel der Schizophrenie-Deutung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2009; 160:94-98.
34. Silbereisen RK. Zur Entwicklung von sozialem Wissen und Verstehen: Perspektivenkoordination. In: Lempp R, (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
35. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1959.
36. Süllwold L. Schizophrenie Basis-Defizit und Teilleistungsstörungen. In: Lempp R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern: Huber 1984.
37. Tölle R. Psychiatrie. Heidelberg: Springer Verlag 1987, und Tölle R, Windgassen K: Psychiatrie. Heidelberg: Springer 2009.

Suplemento Eduterapia

NÚMEROS PUBLICADOS

1. Esquemas de Psicosis tempranas
2. DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3. El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites
4. Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5. La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo
6. Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7. Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - Parte
8. Aprender a pensar, enseñar a pensar
9. El contexto de las relaciones entre hermanos
10. La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11. Simetría, dominancia y preferencia
12. Proyecto Padres orientados
13. Evaluación: Principios y estrategias
14. Cultura y Evaluación
15. Actividad, Conducta y Problemas de conducta
16. Motivación y desmotivación
17. Atención Temprana: Aspectos Básicos
18. Pedagogía Contextual: Fundamentos
19. Adolescentes en la Argentina: La generación de los '80
20. Integración e Inclusión en Educación
21. Soy inquieto
22. TGD, Autismos, Asperger
23. Desadaptación psicosocial y discapacidad
24. Esquizofrenia: Un trastorno del desarrollo psíquico