

Título: **El Trastorno de la Vinculación en Niños y Adolescentes y los Estados Pre-Delirantes**

Autora: **María Eugenia Herrero**

Directora, Proyecto *Sirio*, Nuevo Futuro e Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), y Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid (España).

Correspondencia: Dra. María E. Herrero

Directora, Proyecto SIRIO

c/ Bretón de los Herreros 57, 28003 Madrid

Tel: +34 639168466; Fax: +34 914410019

E-mail: mehs3@yahoo.es

RESUMEN

El conocimiento de la génesis y de las fases precoces del delirio constituye un gran reto hoy, tanto para la Psiquiatría infantil y la Psicopatología evolutiva, como para la Psiquiatría de adultos. Entre ambas se detectan continuidades psicopatológicas diversas, tanto psicóticas (Trastorno Bipolar) como de otra índole (Trastorno de Hiperactividad), hasta hace poco negadas. Sin aquel conocimiento, el diagnóstico y tratamiento del delirio se ve retrasado hasta sus fases más graves y avanzadas. Así, con mucha frecuencia, cuando el delirio paranoide es detectado clínicamente, la estructura psicopatológica del paciente está ya totalmente desarrollada, como certeramente señalase Clérambault hace más de 70 años.

Los Trastornos de la Vinculación, relativamente desconocidos hasta hace poco en los medios clínicos psiquiátricos y paidopsiquiátricos, comienzan ya a identificarse con creciente frecuencia en la población infantil y adolescente que ha padecido situaciones severas y precoces de privación, o que ha crecido en instituciones.

Aunque los delirios paranoides son aparentemente más fáciles de detectar que los Trastornos de la Vinculación, sin embargo el diagnóstico de delirio es también raramente realizado en niños. Esto puede explicarse por la extendida creencia de que los delirios se dan sólo ocasionalmente en la clínica psicopatológica infantil, aunque también podría deberse a las dificultades diagnósticas específicas que a este respecto plantea la población infantil. En esta conferencia presentaré datos que prueban la existencia de correlaciones entre los Trastornos de la Vinculación y el desarrollo de Delirio Paranoide, planteando la posibilidad de que aquel pueda representar un estado predelirante en niños y adolescentes.

Palabras clave: Primeros episodios psicóticos; delirio paranoide; abuso infantil

SUMMARY

Little is known about the early evolutionary stages of delusion, and current knowledge on the development of paranoid delusions in children and adolescents with Attachment Disorder (AD) is even scantier. In this study we have carried out a long-term clinical evaluation of 45 children and adolescents, admitted to a small therapeutic community for 6-48 months. They were referred to us because of aggressive or disturbed behavior. Most suffered serious neglect and/or abuse at early infancy. Thirty-nine were diagnosed of AD in

the first few months upon admission. Clinical diagnoses followed DSMIV-TR criteria in all cases. Our AD patients had important difficulties in interpersonal relationship, generalized anxiety, suspiciousness, persecutory feelings and aggressive behavior. One-fourth of them exhibited paranoid delusion episodes, and eventually developed severe psychiatric disorders. None of the patients without AD developed delusions. The profile of previous neglect and abuse did not differ between the patients who did, or did not exhibit delusions. The strong association found between AD and delusion suggests that the former should be considered a pre-delusional state.

Key words: First psychotic episode, Paranoid delusion, Child abuse.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Vínculo (TV) es a menudo difícil de diagnosticar en niños mayores de 7 años de edad, excepto cuando está asociado a deprivación temprana grave, y cuando los niños han sido criados en institución (1). El diagnóstico apropiado de TV requiere habitualmente de una detenida y profunda observación y valoración del niño, y el tiempo, en nuestro quehacer habitual es hoy una rara herramienta, no sólo en servicios ambulatorios y centros de día, de gran presión asistencial muchas veces urgente, sino también en unidades de ingreso psiquiátrico de agudos en grandes hospitales.

Dejando a un lado posibles controversias epistémicas sobre la significación actual del delirio como síntoma (2), podríamos decir que los delirios paranoides son aparentemente más fáciles de diagnosticar que los TV. Sin embargo, el diagnóstico de delirio es raramente realizado en el mundo infantil. Esto podría ser explicado por la admitida opinión clásica de que los delirios raramente se presentan en niños enfermos psíquicos (cf. (3), y referencias ahí). También podríamos adherirnos a la crítica de la actual psicopatología descriptiva, donde persiste aún el silencio semántico sobre ciertos fenómenos psicopatológicos, como los no verbalizables por el enfermo y que requerirían de otros niveles exploratorios de análisis para no quedar o permanecer irremediabilmente silenciados o inexplorados. En la actualidad y a nivel clínico, además de las dificultades anteriormente señaladas, la hegemonía de las clasificaciones internacionales, ateóricas y con reducidos glosarios de términos, hace que los síntomas más opacos permanezcan en esa opacidad inexplorada, con un gran vacío para la reflexión (4). De otro modo, esta penuria diagnóstica estaría también condicionada por las específicas dificultades planteadas en los niños, en comparación a los adultos, como una más limitada capacidad para la expresión verbal y una mayor dificultad para compartir y verbalizar sus propias preocupaciones con figuras adultas desconocidas, o a los inespecíficos problemas que los adultos no infrecuentemente tienen para distinguir realidad y fantasía en el mundo y el imaginario infantil.

Avanzar en el fundamental conocimiento de la génesis y las etapas primeras y evolutivas del delirio, es un gran reto hoy, no sólo para la Psicopatología del desarrollo y la Psiquiatría infantil, sino para la Psiquiatría del adulto. Sin este conocimiento, el diagnóstico y posterior tratamiento del delirio se hará sólo en estadios avanzados del proceso morboso. Deberemos ser conscientes de que, en la mayoría de los casos, cuando el delirio paranoide

es detectado clínicamente, la estructura psicopatológica del paciente está ya totalmente desarrollada, como muy certeramente explicó ya De Clérambault (5).

Como los psiquiatras del XVIII (6), los psiquiatras y psicopatólogos infantiles deberemos hoy ir a la “captura de lo invisible” a través de alguna de sus expresiones visibles, tratando de navegar con atención, escucha y reflexión mantenida en el proceloso océano de los miedos, los temores y las oscuras carencias precoces de muchos de nuestros niños, que podrán ser además mucho más numerosos de lo esperado (7).

En este trabajo presento datos que apoyan la existencia, en niños y adolescentes, de puentes de conexión entre TV y el desarrollo de delirios paranoides, como síntomas psicóticos, planteando la posibilidad de que los primeros puedan representar un estado predelirante.

MÉTODOS

Nuestra muestra está constituida por 45 niños y adolescentes (24 varones y 21 mujeres, con un rango de edad entre 8 y 17 años en el momento de la admisión). Ellos han permanecido por períodos de más de 6 meses (hasta 4,5 años) en una de las dos pequeñas comunidades terapéuticas para niños y adolescentes con problemas psíquicos graves, que conforman el Proyecto *Sirio*. Para poder ser admitidos, todos deben estar tutelados por la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid. La mayoría de los pacientes son referidos a nuestro centro desde los servicios ambulatorios o de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil de la Comunidad y desde los servicios de Protección. La causa principal de derivación la constituyen las conductas alteradas y auto y heteroagresivas que hacen imposible la adecuada integración de estos pacientes en sus habituales medios familiares o residenciales. Sólo dos de los pacientes habían sido previamente diagnosticados de Trastorno del Vínculo. Limitación inevitable de nuestra muestra es su sesgo de ser una población con trastornos graves, con sintomatología psiquiátrica muy indeterminada en muchos de los casos, y ser un recurso de tratamiento terciario, donde a veces llegan los chicos tras haber recibido tratamiento psiquiátrico en diversos servicios, con resultados poco satisfactorios.

Cada una de las dos comunidades terapéuticas que conforman nuestro Proyecto, constituye un medio o “setting” clínico para tratamiento global, donde un máximo de 9 chicos de ambos sexos conviven permanentemente y reciben cuidado y atención global y

tratamiento psiquiátrico específico. Nuestros chicos se integran en los medios escolares y académicos de la zona, realizan diversas actividades extraescolares según los gustos, capacidades y posibilidades de cada uno y paulatinamente se les trata de integrar en los diversos servicios comunitarios de la zona (servicios médicos y de salud, actividades sociales y recreativas, grupos juveniles, actividades religiosas y de la parroquia, etc.). El equipo es multidisciplinar y está constituido por un psiquiatra infantil experimentado y una psicóloga clínica, ambas a tiempo total y para las dos comunidades, más un total de 16 educadores (trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, maestros, etc., para cada uno de los centros).

Los diagnósticos clínicos son realizados por la psiquiatra (MEH), de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR. Los diagnósticos psiquiátricos, distintos al TV, se basan en la cuidadosa observación del paciente en el transcurso de la vida cotidiana del centro, así como en las numerosas sesiones tanto diagnósticas como terapéuticas realizadas en nuestro medio, sumadas a los informes previamente realizados por los medios clínicos y de servicios sociales que han atendido al niño o adolescente antes de ser referido a nosotros. Una proporción importante de diagnósticos de TV es realizada en el centro, en las primeras semanas-meses tras la admisión. La mayoría de nuestros pacientes han sufrido graves negligencias en su cuidado y/o maltrato o abuso grave en su infancia temprana.

En nuestro medio terapéutico, nosotros tratamos de proporcionar a nuestros pacientes experiencias positivas de vinculación e intersubjetividad por las que los chicos puedan re-experimentar situaciones vinculares positivas. Nuestro trabajo incluye asimismo el trabajo psicoterapéutico sistemático con los familiares que permanecen disponibles. La mayoría de las familias son monoparentales y en muchas de ellas la figura paterna sufre o ha sufrido dependencia grave de alcohol o drogas. Sólo el 14% proviene de familias relativamente estables de clase social media.

RESULTADOS

Treinta y nueve de los 45 pacientes correlativamente admitidos en el Proyecto entre los años 1998 y 2003 (21 varones, 18 mujeres) cumplen los requisitos para poder ser diagnosticados de TV. Todos ellos presentan dificultades importantes en la relación interpersonal, un alto grado de ansiedad generalizada, suspicacia, y sentimientos frecuentes de persecución, así como conductas agresivas en respuesta a estímulos ligeros o neutros.

Incapaces de hacer amigos y de establecer adecuadas relaciones sociales y afectivas, son generalmente proclives a la promiscuidad sexual, y tienden a establecer relaciones afectivas poco adecuadas, aparentemente “pegajosas” o hiperafectivas en ocasiones, hacia los propios educadores. Estos patrones de apego son ocasionalmente muy lábiles y pueden rápida e impredeciblemente transformarse en reacciones de agresividad e ira. Muchos de los pacientes presentan problemas importantes de atención, somatizaciones variadas y frecuentes y respuesta exagerada frente a pequeñas molestias o dolores somáticos, así como miedos diversos y dificultades para conciliar el sueño o mantenerlo, al tiempo de su ingreso.

Del total de nuestra muestra, el 26% de los pacientes con TV (10 de 39) exhiben delirios paranoides (como síntoma psicótico) en algún momento de su evolución. La edad media de nuestros sujetos delirantes es 14 años (rango 12-17años) y 6 (60%) son varones. Tres (30%) provienen de clase media, 2 (20%) ha sufrido devolución por parte de la familia adoptiva, y 6 (60%) ha realizado conductas autolíticas. El patrón de negligencia o abuso sufrido no difiere sustancialmente entre los pacientes que exhiben o no delirios. (Tabla 1). Ninguno de los pacientes sin TV desarrolla delirio.

Tabla 1. Perfiles de negligencia y abuso de nuestros pacientes con Trastorno de la Vinculación (TV) con o sin delirio.

Grupo	Adopción fracasada	Negligencia *					
		N	N+AFI	N+ASI	N+AFI+ASI	N+PsM	N+PsM+AFI
TV – No Delirio n=29	4 (14%)	10 (34%)	5 (17%)	5 (17%)	6 (21%)	2 (7%)	1 (3%)
TV + Delirio n=10	2 (20%)	4 (40%)	3 (30%)	0 (0%)	1 (10%)	2 (20%)	0 (0%)

* Todos (100%) los pacientes sufrieron negligencia en su infancia. AFI, abuso físico infantil; ASI, abuso sexual infantil; N, negligencia sin abuso conocido; PsM, diagnóstico de psicosis en la madre.

El contenido de los delirios es siempre de tipo persecutorio y referencial en todos los casos. Nuestros niños-pacientes se quejan de ser mirados con recelo (“me miran mal...”) o con menosprecio (“siempre se ríen de mí...”, “todos me critican...”). Cuatro de los pacientes incluyen en su delirio la figura del demonio, no como una alucinación, sino más

bien como una metáfora de su “ser malo”, “poca cosa”, no merecedor de amor, sino de rechazo y menosprecio. Ellos perciben y sienten el mundo como peligroso y acosador, que constantemente les vigila y ridiculiza o pronuncia crueles y duros juicios y veredictos sobre ellos.

Frecuentemente comenzando con interpretaciones delirantes de vivencias relacionales y hechos cotidianos, el proceso experiencial de nuestros chicos evoluciona paulatina pero firmemente hacia las creencias delirantes, hasta llegar a la emergencia del delirio ya plenamente desplegado como síntoma psicótico. Los pacientes que presentan este delirio desarrollan graves trastornos psicóticos, tanto de tipo afectivo como esquizofreniforme.

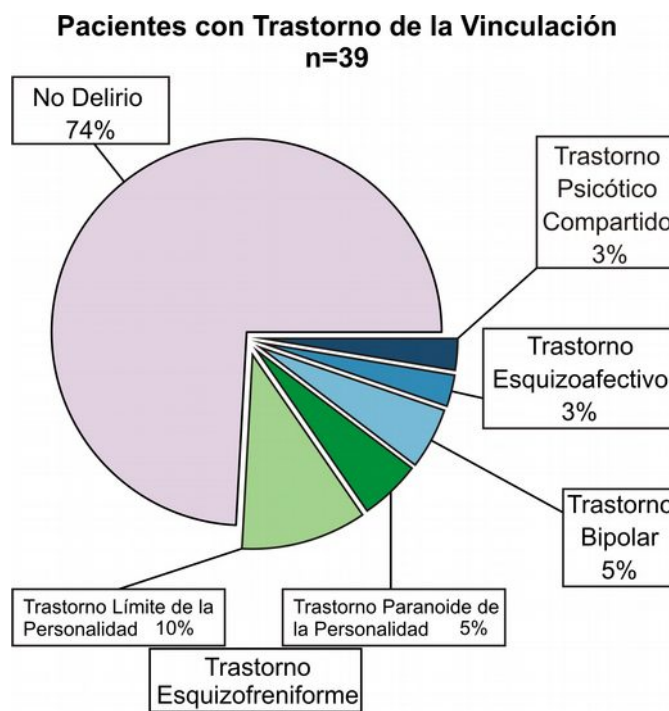


Fig. 1 Prevalencia (%) de trastornos psiquiátricos mayores en pacientes con TV que desarrollaron delirio.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que el 26% de los niños y adolescentes diagnosticados de TV van a mostrar también episodios de delirio paranoide en los años inmediatos siguientes. Esta alta prevalencia es similar a la descrita para el trastorno esquizofreniforme en una

cohorte de adultos jóvenes que habían presentado a la edad de 11 años algún síntoma psicótico “fuerte” (8). El mismo estudio mostró que solo el 2% de los controles de la misma edad –que representarían a la población general, y que tampoco había mostrado tales síntomas “fuertes” en su infancia- habían informado de ideas que fueron consideradas delirantes por los autores. Más recientemente se han descrito delirios de diversos tipos en sólo el 1,6% de una importante muestra de niños y adolescentes derivados a servicios psiquiátricos (9). Estos datos subrayan la baja prevalencia del delirio a edades tempranas, incluso en población psiquiátrica (no general), y de ahí por tanto la escasez de casos que permitan establecer una adecuada referencia o bases de datos.

Las raíces de las que se origina el TV y las circunstancias que lo van conformando, a menudo permanecen largamente ocultas, a no ser que el niño haya crecido en institución, muchas veces previa a una adopción internacional (10). Este enmascaramiento viene propiciado en gran medida por la reticencia –o incluso la negación- de padres y/o figuras parentales sustitutas para admitir sus propias deficiencias, que pueden extenderse desde la negligencia pasiva hasta el maltrato activo grave. Por otra parte, muchos de estos niños se convierten, en ocasiones durante largos períodos, en cómplices activos de ese silencio. En general, y en nuestra muestra, no son los padres quienes piden ayuda.

Un factor adicional en el sesgo diagnóstico del TV lo constituye una cierta resistencia al diagnóstico por parte de los especialistas, en buena medida debida a la pesada carga de culpa que este diagnóstico impone a los padres. Los psiquiatras intentarían así evitar la repetición de viejos errores etiopatogénicos, como ocurrió con el autismo, que a menudo habían resultado en la culpabilización, o incluso demonización de los padres (J. Biederman, comunicación personal).

Aún siendo probable que los padres de niños con TV no presenten una incidencia inusualmente alta de trastornos psiquiátricos, otros factores patogénicos menos fáciles de detectar pueden estar jugando un papel significativo en la génesis del TV. Tal es el caso de la presencia en la madre de sentimientos no resueltos de antiguas pérdidas o abusos (11), o la existencia de conductas violentas en el padre o pareja de la madre (12;13).

Existe hoy una clara evidencia de que el trauma infantil precoz, y en particular el abuso infantil, aumenta las probabilidades de una aparición posterior de síntomas psicóticos positivos (14;15). Se ha sugerido que una experiencia precoz del trauma crea vulnerabilidades cognitivas y afectivas duraderas sobre las que pueden implantarse posteriormente síntomas clínicos (16). Se han obtenido datos fiables del aumento de la

vulnerabilidad a estreses posteriores tras situaciones de estrés precoz, en niños rumanos adoptados en Canadá y el Reino Unido. Estos niños se han sensibilizado ante situaciones de estrés (alteración de las variaciones diurnas de cortisol plasmático) en lugar de haber disminuido su vulnerabilidad al mismo (17;18). Sin embargo, incluso sin la existencia patente de un trauma infantil precoz, la presencia de problemas tempranos de la relación interpersonal –rasgo definitorio del TV- se asocia fuertemente con el posterior desarrollo de psicosis (19) y de pensamiento paranoide (20).

Nuestros pacientes ciertamente despliegan a veces conductas muy alteradas, pero son esencialmente incapaces de utilizar la agresión como una estrategia dirigida a un objetivo. Por tanto, pensamos que no sería apropiado considerar su estado alterado sólo en términos de “dificultades conductuales” (cf. (21)), como ya algunos clínicos señalan. Más bien ese estado debería contemplarse como una consecuencia directa de la gravedad intrínseca del TV y de los efectos que este trastorno produce en las áreas cognitiva, afectiva y relacional de la vida del niño (22). Así, algunos de estos comportamientos disruptivos pueden ser considerados como estrategias de apego que tienen como finalidad regular la relación con el cuidador y la proximidad o distancia del mismo (23).

Este complejo estado puede considerarse pre-delirante, en el sentido de expresar una fase evolutiva de estructuración de pensamiento paranoide, que eventualmente conducirá a delirios expresados conductual y verbalmente en una proporción de pacientes significativamente elevada. En este contexto, el estado pre-delirante incorpora todos los acontecimientos psicopatológicos que preceden inmediatamente a la instauración del delirio pleno, incluyendo un repertorio de trastornos motores, afectivos, cognitivos y de pensamiento (solos, o en combinación). La a menudo efímera y multiforme apariencia del estado pre-delirante lo hace opaco, y difícil de describir clínicamente (24), si no se está muy atento a su detección. El contenido delirante de nuestros pacientes enlaza con el énfasis puesto por Winnicott (25) en el papel que juega el ambiente externo en la génesis de los rasgos paranoides y, retro trayéndonos aún mucho más en el tiempo, con el precoz reconocimiento que ya en el s. XIX se dio a las influencias específicas del ambiente sobre los contenidos delirantes en adolescentes (26).

Podemos afirmar que en muchos de nuestros chicos, que sufren del trastorno del vínculo y de las secuelas y consecuencias del mismo, no es difícil detectar, dependiendo de las específicas vivencias relacionales y de las diferentes edades de los mismos, los diferentes estadios reconocidos históricamente por la psicopatología como fenómenos

predelirantes que anteceden a su eclosión: ideas fijas, casi de forma generalizada sobre su familia, su abandono... El paso de idea fija a obsesión se ha podido también detectar con claridad en algunos de nuestros adolescentes, siendo en ocasiones difícil el diagnóstico clínico diferencial entre ambos. Y el paso evolutivo siguiente, de la obsesión o la idea fija, al estado predelirante, con angustia creciente, con perplejidad ocasional, con dificultad cognitiva porque el niño o el adolescente tiene toda su energía psíquica centrada y dirigida con sus emociones y afectos, en la circularidad de su situación familiar, en el anhelo de una familia, de una figura parental ideal... Estado predelirante fluctuante, que avanza y retrocede a obsesión, a idea fija, y que evoluciona en ocasiones, y cristaliza en el delirio de tipo persecutorio: “desconfío del mundo” que decía H.C. Rümke en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Paris ((27), cit. por Berrios y Fuentenebro de Diego, (4), pp. 122-123).

Los delirios paranoides de nuestros pacientes pueden inscribirse dentro del contexto tanto de las psicosis afectivas como esquizofrénicas. Nuestros hallazgos no apoyan, por tanto, la propuesta de Poulton et al. (8) de que los delirios en edades tempranas fueran específicamente predictivos de trastornos esquizofreniformes, pero no de manía o depresión, en la fase adulta.

En suma, el presente estudio encuentra una alta incidencia de delirio en niños y adolescentes con TV, y ello nos ha servido de fundamento para considerar este último como un estado pre-delirante. Si los primeros episodios psicóticos constituyen actualmente un foco de gran interés en la investigación psiquiátrica. Nuestros hallazgos apuntan a la urgente necesidad de ampliar este foco para incluir la aparición de estados pre-delirantes en poblaciones de riesgo, entre las cuales deben considerarse los niños y adolescentes con TV. La dificultad para abordar el estado predelirante debería ser considerada como un gran reto por todos los clínicos e investigadores que deseen profundizar en el conocimiento del delirio (4). La detección precoz de estados pre-delirantes y delirantes reclama prestar mucha más atención clínica a las “preocupaciones” y “miedos persecutorios” que se presentan en los niños, particularmente cuando se sospecha, o se constata, la existencia de TV. El pronto reconocimiento de lo que bien podría representar el primer síntoma específico de posible psicosis en el niño hará posible utilizar y poner a prueba tempranos y más efectivos tratamientos .

AGRADECIMIENTOS

El Proyecto *Sirio* fue creado por la ONG 'Nuevo Futuro', y está financiado por la misma y por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid.

REFERENCIAS

- (1) O'Connor TG. Attachment disturbances associated with early severe deprivation. In: Carter CS, et al., editors. *Attachment and Bonding. A New Synthesis*. Cambridge, MA: MIT Press; 2005. p. 257-67.
- (2) Ramos-Gorostiza P, Virseda-Antoranz A. Delusion as psychopathological metaphor. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2005 Jul;33:221-30.
- (3) Parry-Jones WL. Childhood psychosis and schizophrenia: a historical review. In: Remschmidt H, editor. *Schizophrenia in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press; 2001. p. 1-23.
- (4) Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. *Delirio. Historia, clínica, metateoría*. Madrid: Ed. Trotta; 1996.
- (5) De Clérambault GG. *'On peut dire qu' au moment ou le délire apparait la psychose est déjà ancienne. Le délire n' est pas qu' une superstructure'*. In: 'Oeuvre Psychiatrique', cit. by Berrios & Fuentenebro de Diego, 1996. Paris: Presses Universitaires; 1942.
- (6) Moravia S. The capture of the invisible. For a (pre)history of psychology in eighteenth-century France. *J Hist Behav Sci* 1983 Oct;19:370-8.
- (7) Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009 Jan 3;373:68-81.
- (8) Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Nov;57:1053-8.
- (9) Biederman J, Petty C, Faraone SV, Seidman L. Phenomenology of childhood psychosis: findings from a large sample of psychiatrically referred youth. *J Nerv Ment Dis* 2004 Sep;192:607-14.
- (10) Rutter M. Book Review - 'Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies', ed. by K.E. Grossmann, K. Grossmann and E. Waters, Guilford Press, London, 2005. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:974-7.
- (11) van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 1995 Feb;36:225-48.

- (12) Holtzworth-Munroe A, Stuart GL, Hutchinson G. Violent vs. nonviolent husbands: Differences in attachment patterns, dependency, and jealousy. *J Family Psychol* 1997;11:314-31.
- (13) Lyons-Ruth K, Block D. The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment. *Inf Ment Health J* 1996;17:257-75.
- (14) Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1994 Jun;164:831-4.
- (15) Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta psychiatr scand* 2004 Jan;109:38-45.
- (16) Bak M, Krabbendam L, Janssen I, de Graaf R, Vollebergh W, van Os J. Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta psychiatr scand* 2005 Nov;112:360-6.
- (17) Carlson M, Earls F. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Ann N Y Acad Sci* 1997 Jan 15;807:419-28.:419-28.
- (18) Marcovitch S, Goldberg S, Gold A, Washington J, Wasson C, Krekewich K, et al. Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *Int J Behav Dev* 1997;29:17-32.
- (19) Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998 Apr;172:308-13.
- (20) Rankin P, Bentall R, Hill J, Kinderman P. Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology* 2005 Jan;38:16-25.
- (21) Pope AW, Bierman KL. Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: the relative roles of aggression and dysregulation. *Developmental Psychology* 1999 Mar;35:335-46.
- (22) Lyons-Ruth K, Jacobitz D. Attachment Disorganization: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PK, editors. *Handbook of Attachment. Theory and Research.* New York: Guilford; 1999. p. 520-54.
- (23) Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications.* New York: Guilford; 1999.
- (24) Fuentenebro de Diego F, Berrios GE. The pre-delusional state: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry* 1995 Jul;36:251-9.

- (25) Winnicott DW. Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology* 1953 Mar 10;26:68-74.
- (26) Wilkins R. Delusions in children and teenagers admitted to Bethlem Royal Hospital in the 19th century. *Br J Psychiatry* 1993 Apr;162:487-92.
- (27) Morel F (ed.) *Psychopathologie des délires*. Paris: Hermann; 1950.