

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XI Congreso Nacional, Sevilla - Octubre 1998
“De la comprensión de la Psicopatología al Tratamiento”

ALBERTO LASA	Inauguración del Congreso “De la Comprensión de la Psicopatología al Tratamiento”
PIERRE FERRARI	Presentación del Congreso
PROF. B. CRAMER	La comprensión de la Psicopatología y la problemática clínica
DANIEL WIDLÖCHER	¿Qué Psicopatología para qué tratamiento?
BERNARD GOLSE	Psicopatología en la perinatalidad
D. BÜRGIN	La escuela, “lugar terapéutico”: ¿para qué patologías?
C. BURSZTEJN	Psicoterapia durante el período de latencia
O. HALFON	¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?
J. MANZANO	“Los escenarios narcisistas de la parentalidad” (desarrollos en la consulta terapéutica padres / niños y adolescentes)
MARTA BÁEZ LÓPEZ	El proceso de elaboración del duelo en la infancia: una experiencia clínica
* * * *	
NÚRIA BEÀ	Primeras relaciones, base del desarrollo

N.º 26¹⁹⁹⁸₁₉₉₇ 2.º semestre

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Vicepresidente:

Ana Jiménez (Alcázar S. Juan)

Secretario:

Alicia Sánchez (Madrid)

Vicesecretario:

Paloma Morera (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lleida)

Publicaciones:

Manuel Hernanz (Bilbao)

Vocales:

Lucía Alvarez-Buylla (Madrid)

Leticia Escario (Barcelona)

Juan Manzano (Ginebra)

Xabier Tapia (San Sebastián)

Envíos:

J. Baró

Secretaría Sepypna

Plaza Noguerola, 7

25007 Lleida

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

XI Congreso Nacional, Sevilla - Octubre 1998

“De la comprensión de la Psicopatología al Tratamiento”

ALBERTO LASA	Inauguración del Congreso “De la Comprensión de la Psicopatología al Tratamiento”	5
PIERRE FERRARI	Presentación del Congreso	9
PROF. B. CRAMER	La comprensión de la Psicopatología y la problemática clínica	15
DANIEL WIDLÖCHER	¿Qué Psicopatología para qué tratamiento?	29
BERNARD GOLSE	Psicopatología en la perinatalidad	39
D. BÜRGIN	La escuela, “ lugar terapéutico”: ¿para qué patologías?	59
C. BURSZTEJN	Psicoterapia durante el período de latencia	73
O. HALFON	¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?	87
J. MANZANO	“Los escenarios narcisistas de la parentalidad” (desarrollos en la consulta terapéutica padres/ niños y adolescentes)	107
MARTA BÁEZ LÓPEZ	El proceso de elaboración del duelo en la infancia: una experiencia clínica	115
* * * *		
NÚRIA BEÀ	Primeras relaciones, base del desarrollo	131

N.º 26 1998 2.º semestre

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1.383-95

INAUGURACIÓN DEL CONGRESO “DE LA COMPRENSION DE LA PSICOPATOLOGÍA AL TRATAMIENTO”*

Alberto Lasa**

Cuando confirmamos a Pierre Ferrari que aceptábamos la organización de este Congreso nos planteamos inmediatamente una única y doble pregunta ¿cuánta gente podría atraer, en estos tiempos, la reflexión sobre la psicopatología del niño y del adolescente? ¿cuánta gente podría atraer una ciudad como Sevilla?, hoy sabemos la respuesta. Ya un poco más tranquilo, visto la concurrencia a nuestra convocatoria, permítanme que les cuente una historia que cuenta del sufrimiento de una niña y que, al parecer, si non e vero e ben trovato, ocurrió en esta ciudad de Sevilla.

Habitaba en un alcázar, junto a un río ya cercano al mar, una niña, hija de un sultán, que enfermó bruscamente. Se pensó que se había indigestado al abusar de almendras, aceitunas y miel. Se sentía muy mal y muy triste, y nadie daba con un remedio a sus males. Cada vez más triste, ya no podía dormir. Una noche de luna llena, su padre el sultán, amoroso, y tam-

* Conferencia Inaugural del II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** Presidente de SE.P.Y.P.N.A.

bién insomne, se acercó a su lecho y le preguntó: ¿Qué tienes hija, qué necesitas? “Quiero la luna” respondió. “Si tú quieres la luna la tendrás. ¿Acaso no soy yo el sultán?”.

Dicho esto el sultán movilizó a su corte. Llamó primero al gran chambelán. “Consígueme la luna para mi hija”. Este sacó una lista. “Vamos a ver le he conseguido ópalos, rubíes y esmeraldas, elefantes rosas y perros azules, lenguas de colibrí, gigantes y enanos... pero la luna imposible”.

“Pues mi hija quiere la luna y yo quiero que se cure”, respondió irritado el sultán.

“Imposible. Está a 56.000 kilómetros y es más grande que esta habitación y está hecha de cobre fundido”.

El sultán llamó a su mago. “Consígueme la luna”. También el mago sacó una larga lista de cosas conseguidas (que les ahorro), para finalmente afirmar solemne. Es imposible. Está a 240.000 kilómetros, está hecha de queso verde y es dos veces mayor que este palacio”.

El sultán, bramando, llamó al matemático de la corte. Este respondió: “Le he calculado la altura de “lo alto”, la distancia de “lo lejano” y la profundidad del pasado, la longitud de la serpiente de mar y el cuadrado del hipopótamo. Y hasta cuántos pájaros de pueden sazonar con la sal del mar, 187.796.132 exactamente. Pero no me pida la luna. Esta a 1.000.000 de kilómetros, es plana y de amianto y tan grande como este reino. Nadie puede traerla.

Desesperado el sultán llamó al bufón y le contó sus penas. El bufón le preguntó: “¿Por qué te decepcionan tus sabios? “Cada vez que les pido la luna, me dicen que es más grande y está más lejos”, respondió el sultán.

“Si los hombres sabios dicen eso, todos deben de tener razón. Si todos tienen razón la luna debe ser del tamaño y estar a la distancia que cada uno piense. En ese caso tenemos que saber de qué tamaño y a qué distancia cree la princesa

que está la luna”. Tras esta reflexión el bufón se dirigió a la princesa, cuya tristeza era ya cósmica y se lo preguntó. Ella contestó: “Es un poco más pequeña que la uña de mi pulgar, porque cuando la miro la tapo con ella”. “¿Y está lejos? continuó el bufón. “No tan alta como la copa de ese árbol porque suele engancharse en sus ramas”. “¿Y de qué esta hecha?”. “Qué tonto eres bufón, de que va a ser... pues de oro”.

El bufón corrió donde el orfebre real y le encargó una luneta de oro del tamaño de la uña de la princesa. Al atardecer se la dio a la princesa que por primera se mostró entusiasmada, y se levantó a jugar al jardín.

El sultán al verla, se sintió muy feliz, pero inmediatamente se sobresaltó. “La luna brillará de nuevo esta noche y en cuanto la vea la princesa se volverá melancólica otra vez”. Así que convocó de nuevo a sus sabios para preguntarles cómo impedirlo.

El gran chambelán propuso que la princesa durmiera con unos cristales ahumados. El mago propuso rodear el jardín con unas cortinas negras, “como si fuera un circo”. El matemático hacer estallar cada noche de luna un surtido de fuegos artificiales. “Deslumbrarán a la princesa, y no le dejarán ver la luna”.

Escéptico, el sultán volvió a consultar al bufón. “Si los sabios dicen que no hay ninguna manera de esconder la luna, es que no se puede esconder”. “Si la princesa sabía cómo conseguir la luna, debe saber cómo esconderla”, reflexionó el bufón.

Cuando el bufón llegó a su habitación, la princesa, despierta a pesar de que era noche avanzada, contemplaba ya la luna, que como habían previsto los sabios y temido el amoroso (y a estas alturas ya habrán sospechado ustedes que también viudo) sultán, había acudido a la cita.

“Dime princesa, ¿como puede ser que la luna esté en el cielo cuando está colgando de tu cuello?”, indagó el bufón.

“Qué ingenuo eres, bufón. Es muy sencillo. Cuando se te cae un diente, nace otro. Cuando el jardinero real me corta una rosa, otra aparece en su lugar”.

“Debería haber caído en ello, dijo el bufón, porque igual ocurre con la luz del día”.

“Claro, y supongo que lo mismo debe ocurrir con todas las cosas”, concluyó la princesa, bostezando. El bufón silencioso la tapó y salió al jardín. Le pareció que la luna le guiñaba un ojo. El también lo hizo y se perdió en la noche.

Aunque los guías, en su visita a los reales alcázares, esta tarde-noche, les dirán que no existe confirmación histórica de estos sucesos, yo como organizador de este congreso les digo que deben creerme. Así que estén atentos luego en la primera pausa, porque tengo que hablarles de otros sucesos que afectan al disfrute y buena marcha del congreso y de sus noches sevillanas.

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO*

Pierre FERRARI**

Ha llegado el momento de inaugurar el 2.º Congreso de Psicopatología del Niño y del Adolescente en esta ciudad de Sevilla.

Este segundo congreso se inscribe en continuidad con aquél de Venecia de 1996 que marcó el nacimiento de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño.

Nuestra asociación nace del reencuentro de un pequeño grupo de paido-psiquiatras Europeos a los que unía una vieja relación de amistad alrededor de los profesores: Graziella FAVA-VIZZIELLO, Alberto LASA, Juan MANZANO y Michel SOULÉ, por no citar más que algunos. Los otros me perdonarán por no nombrarlos aunque no los olvido.

La psicopatología tiene su origen y su fundamento en el seno de la psiquiatría europea, con los grandes psiquiatras europeos del fin del siglo pasado y principios de este siglo.

* Conferencia Inaugural del II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

Traducción realizada por Dolores Codón Psicólogo clínico.

** Dr. P. Ferrari Presidente de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.).

Por ello, situamos esta asociación bajo los auspicios de esta Europa naciente y la consideramos, de alguna manera, como depositaria de este mensaje psicopatológico y también con la vocación de transmitirlo.

La Asociación de Psicopatología nace, por tanto, de una preocupación: la de preservar a través de las diversas y múltiples intervenciones con niños, un espíritu de trabajo y un modelo de comprensión de los problemas que se funda en los datos de la psicopatología y que sea eficiente en la práctica terapéutica.

Antes de abordar el tema de nuestros encuentros, no será inútil recordar lo que de manera a veces rápida y aproximada, englobamos con el término de psicopatología, y precisar los grandes principios que fundan esta aproximación.

1. La andadura psicopatológica no descuida otros aspectos del conocimiento psiquiátrico. Ni subestima el interés por modelos nacidos de los descubrimientos de las neurociencias, como por ejemplo aquellos que se derivan del diagnóstico por imágenes, de la genética o de la psicofarmacología. Tampoco desprecia el interés por la clasificación nosográfica aunque ella misma se sitúe más en una perspectiva trans-nosográfica que la conduce a delimitar sus propios campos de investigación y sus objetos de conocimiento.
2. La psicopatología toma ante todo como objeto de estudio el sistema de representaciones internas del niño, sus modalidades de funcionamiento, su lógica, su encañamiento y su significación. Postula, por tanto, que todo niño, cualquiera que sea la gravedad de su patología, es portador de una vida psíquica propia y su enfermedad se sitúa en el interior de un sistema que posee coherencia y que organiza sus modos de relación.
3. La psicopatología afirma la existencia de una doble continuidad en la vida mental:

- Una continuidad en la vida psíquica del sujeto, entre lo normal y lo patológico. Es lo que Freud había percibido tan bien en su obra de 1901 sobre la “Psicopatología de la vida cotidiana”.
 - Una continuidad temporal, esencial para la comprensión psicopatológica, que subraya la relación existente entre ciertos modos arcaicos de relación o ciertas vivencias precoces y la actual organización mental del niño. De esta manera, la psicopatología acentúa la importancia de la historia individual, de los contra-tiempos del pasado y de la herencia transgeneracional en la génesis de los problemas psíquicos.
4. La psicopatología estudia también el vínculo interpsíquico que se establece entre el niño y sus padres: naturaleza de las proyecciones, de los investimentos, de los escenarios fantasmáticos compartidos entre ambos. Si la psicopatología no buscara señalar la causa de las afecciones psiquiátricas del niño y no intentara localizar esta causa en este vínculo padres-hijos, jugaría el mismo papel en el curso evolutivo de la afección que el que se juega entre padres-hijos por la vía de este vínculo.
 5. La psicopatología resitúa al niño en su contexto socio-educativo. Toma en consideración las múltiples formas de carencias del medio social o el peso de los acontecimientos que jalonan la vida del niño. Pero concede menos importancia al carácter estresante del acontecimiento que al impacto que reviste la significación de este acontecimiento en el psiquismo del niño y la manera como éste se consigue reorganizar alrededor de esta vivencia.
 6. Si la psicopatología no es partidaria de una utilización de medicamentos psicotropos que tiendan a ahorrarse un análisis del funcionamiento mental y la toma en consideración de éste a la hora de establecer las estrate-

gias terapéuticas, tampoco rehusa la pertinencia de ciertos modelos psicofarmacológicos. Reconoce que un cierto monto de sufrimiento mental puede ser aliviado con la utilización de medicamentos psicotropos. Y va más allá, al reconocer que la psicofarmacología puede ofrecer a la psicopatología nuevos objetos de investigación, por las modificaciones intrapsíquicas que induce. Por esto, se realizará un simposium más específico sobre este tema a lo largo de nuestro congreso.

7. La psicopatología no es unificable ni en sus aspectos metodológicos ni en sus aspectos epistemológicos. No propone un modelo unívoco de referencia del tronco psicoanalítico. Nos propone modelos diferentes y ciertamente divergentes, a veces difícilmente compatibles entre ellos y todo ello en función de las problemáticas que estudia o de los puntos de vista en los que se sitúe.

Por esto, comprendida su diversidad, la psicopatología debe de protegerse de los riesgos del dogmatismo y de la cerrazón en teorías estereotipadas que amenazarían con invalidar su acción.

8. La psicopatología es, en una palabra, una práctica. Los modelos teóricos que nos ofrece se apoyan en esta práctica. Por lo mismo, las prácticas terapéuticas a las que nos conduce, no encuentran su razón de ser ni su inteligibilidad, si no se refieren a estos modelos teóricos que ella propone.

El Congreso de Viena en 1996 tuvo por tema: “Los procesos de cambio en psicopatología”. Este de Sevilla tiene por tema: “Comprender la psicopatología a tratar”. Esto subrayaría aún más, si fuera necesario, la continuidad que puede unir estas dos manifestaciones que se inscriben en la perspectiva terapéutica.

En su andadura terapéutica, la psicopatología privilegia la escucha de la vivencia y de la experiencia subjetiva del niño y

de su familia, al mismo tiempo que está atenta a la relación que cada sanitario anuda con el niño, relación en el seno de la cual sobrevendrán los posibles cambios intrapsíquicos que son por los que nosotros trabajamos..

En esta perspectiva, la psicopatología, y éste no es su mérito menor, permite a cada uno hacerse una representación personal del niño, de sus inquietudes, de sus esperanzas y de sus posibilidades de recibir los aportes terapéuticos. En el mismo sentido, ella permite evitar la parcelación de las acciones alrededor del niño para una mejor coordinación de los equipos cuidadores, mejor coordinación que permite el reparto en común de esta representación del funcionamiento psíquico del niño. Así se permite al terapeuta ajustar sus propias actitudes y comportamiento ante el niño, al tener en mente que el poder terapéutico depende tanto de los modos de relación del niño como de las puras competencias técnicas.

A lo largo de este congreso se van a presentar diferentes experiencias terapéuticas venidas de diferentes países y de diferentes equipos. Estoy seguro de que tendremos la ocasión de demostrar que la psicopatología constituye un útil terapéutico precioso, tanto para los pido-psiquiatras como para los diferentes sanitarios que trabajan con el niño. Espero que cada uno de nosotros vuelva a su país y a su equipo enriquecido y más eficiente en su práctica terapéutica.

En este congreso están representados muchos países europeos. No puedo citarles a todos, sin embargo, esto prueba la vitalidad de nuestra asociación y el interés que suscita el acercamiento psicopatológico.

Antes de acabar, me falta agradecer a cada uno de vosotros vuestra presencia en este congreso. También me falta invitaros a mantener vivo el espíritu de la psicopatología, y a establecer y confirmar los contactos entre vosotros. Nuestra asociación está aquí para ayudaros a organizar reuniones científicas, encuentros, y establecer proyectos comunes de inves-

tigación. Nuestra asociación está aquí también para en dos años organizar nuestro próximo encuentro del que tendremos que determinar el tema y el lugar.

No sabría terminar esta introducción sin agradecer profundamente por su acogida a nuestros colegas españoles, muy numerosos en este congreso, así como también a las autoridades universitarias y municipales de Sevilla. Nos regalan la mirada con este espacio privilegiado de la cultura andaluza que constituye Sevilla con su arquitectura morisca y sus tradiciones culturales. Podréis descubrir todo esto a lo largo del congreso, congreso que os deseo rico de debates, de confrontaciones, y de reflexiones compartidas. Todo esto y el descubrimiento de la belleza de Sevilla será lo que convierta nuestro congreso en un éxito del que no tengo ninguna duda.

LA COMPRENSIÓN DE LA PSICOPATOLOGIA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA*

Prof. B. Cramer**

La práctica clínica con el niño joven tiende hacia una intencionalidad preventiva y terapéutica, que esta dominada por concepciones psicoterapéuticas, sin recursos posibles (por el momento) de farmacoterapia.

Desde esta óptica las series complementarias que sirven habitualmente de referencia son:

1. La dimensión interrelacional y más generalmente las interrelaciones entre el niño y su medio familiar, social y cultural.
2. La dimensión del funcionamiento psíquico con su particularidad, ligada a los estadios del desarrollo.

Es preciso citar en el catálogo de series complementarias, las contribuciones genéticas y constitucionales (especialmente en la dimensión llamada temperamento), de estas últimas, no trataré aquí.

Voy a intentar ilustrar mi concepción de las relaciones entre psicopatología y tratamiento. Me parece que el postula-

* Texto presentación en la I Mesa Redonda. II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

Traducción realizada por Helena Senra. Psicólogo clínico.

** Prof. B. Cramer. Université de Genève. Catedrático de Psiquiatría Infantil.

do de base del terapeuta, es dirigirse de manera preferente a ciertas causas o factores etiológicos en función de los siguientes parámetros: 1) Sus preconcepciones teóricas concernientes a la psicopatología, y 2) Su visión de qué es lo que puede modificar más fácilmente, según las particularidades de la psicopatología, teniendo en cuenta las capacidades del sistema de ser movilizado y finalmente de sus propias contraactitudes.

En el terreno de la primera infancia, que tomo como ejemplo para ilustrar el lazo psicopatológico, podemos observar cómo en los tratamientos el terapeuta hace generalmente lo siguiente; selecciona los datos que favorecen una visión interrelacional de las causas y los factores que mantienen la psicopatología infantil entendiéndola como que fuera co-creada por los padres y el medio sociocultural.

Desde esta óptica se puede apoyar en tres cuadros conceptuales principalmente:

1. El papel de la parentalidad, de sus riesgos patógenos, sobre todo desde el eje de las identificaciones proyectivas y de los investimentos de las fantasías parentales de su representación del niño. Esta epistemología deriva sobre todo del Psicoanálisis.
2. La teoría del apego, basada sobre todo en la observación de las conductas y en una teoría de la transmisión de modos de respuesta frente a la angustia de separación.
3. El campo de estudio de las interacciones comportamentales.(de esto no trataré aquí).

1. LA ÓPTICA PSICODINÁMICA

Es la más familiar para esta asistencia, pero hace falta especificar una dimensión que ha sido en parte descubierta en el campo de las psicoterapias Padres-bebés; es la dimensión de la transmisión transgeneracional. Parece perfectamente adquirida ahora, pero de hecho presupone mecanismos muy

particulares, que no habían sido previstos con la teoría analítica. Se trata de la problemática de esto que se ha llamado sea “la mutualidad psíquica” o “el contagio psíquico” sostenido por un proceso de atribución de sentido, que lleva a significados compartidos. Es sobre la base de identificaciones proyectivas parentales que el psiquismo del niño se orienta, llevando, en algunos casos a esto que se ha llamado inclusiones en el niño, hasta poder crear una franca psicopatología de la alienación en el sentido lacaniano del término.

Ha sido recientemente cuando se ha reconocido este papel de las presiones parentales, vehiculizadas por las proyecciones, las identificaciones forzosas, los contagios afectivos y también de las actitudes y comportamientos.

La originalidad que ha aportado esta dimensión interpersonal, es que desplaza el centro de la gravedad de la psicopatología fuera del individuo, orientándolo en la relación, no en el individuo exclusivamente. Este giro ha sido importante: en primer lugar porque no se encuentra su equivalente en psiquiatría de adulto, los efectos del contagio, o de la complementariedad de las patologías, son conocidas en las parejas, o en los grupos, pero no se trata ahí de los cimientos de la psicopatología, como ocurre en el niño. En segundo lugar esto orienta la terapia, su indicación y su aplicación; de ahí que la terapia deba aludir a la relación, tomando el formato de terapias conjuntas o familiares. Finalmente si se radicaliza esta visión de la psicopatología interrelacional, se puede llegar a postular que los signos psicopatológicos son producidos por el niño, pero que su origen está en los padres. Son de todas formas las representaciones parentales, sus proyecciones y las actitudes lo que vamos a tener en cuenta en la entrevista terapéutica.

2. LA TEORÍA DEL APEGO

Tomemos ahora el ejemplo de la teoría del apego (Bowlby). Dos hipótesis están en la base de este movimiento:

1. Que las diferencias en la calidad de los cuidados maternos llevará a diferencias coherentes con la calidad del vínculo del niño. La regulación organizada por la madre construirá una relación diádica.
2. Que estas diferencias en los modos de vinculación (seguro, evitativo, resistente, desorganizado) van a influenciar de manera significativa la autorregulación emocional del niño, (es decir su psicopatología).

Esta transmisión pasa por un proceso de repetición y de internalización, creando modelos internos en el niño.

Los lazos de causalidad entre el modo de vinculación y los signos psicopatológicos aparecen más tarde, se expresan por ejemplo de la manera siguiente y cito un ejemplo.

Al fin del primer año, los niños inseguros en el vínculo lloran más a menudo que los seguros. Reaccionan más negativamente cuando se les coge en brazos, son menos reactivos en la interacción cara a cara, son más resistentes a las demandas. (Carlson y otros 1995).

Esto puede llevar más lejos la evaluación del vínculo en la primera infancia predice aspectos centrales del funcionamiento a los tres años: seguridad interna y sentimientos de competencia; más dependencia del adulto. Los modos de vinculación son presentados como las premisas de las psicopatologías más tardías. Pero Main ha llegado todavía más lejos y estudiando los modos de vinculación de los padres se puede predecir cómo sus experiencias de inseguridad de haber sido rechazados, tendrán una relación con la creación de modelos de vinculación ansioso y evitativo en la próxima generación.

Para los que no conozcan los trabajos de Mary Main, quisiera subrayar un cambio que ella ha introducido en la teoría del vínculo, reduciendo un poco el efecto mecánico de las relaciones causa efecto entre el tipo de maternaje y el modo de vinculación. Ella ha descentrado su interés del niño por la

madre, de la objetivación de los modos de vinculación teniendo en cuenta las representaciones maternas, descubriendo así un nuevo lazo de causa-efecto en la psicopatología del apego.

Ha propuesto que en los casos de vinculación desorganizada, que son las formas de psicopatología severa, es en el padre donde hay que buscar la “causa”. Dice (en las vinculaciones desorganizadas) en lo que se refiere a ejemplos en los que el traumatismo observado se encuentra en primer lugar en la historia de los padres, más que en la experiencia directa de los niños, y consiste generalmente en la pérdida por muerte de figuras significativas del vínculo, más que en el abuso psíquico o sexual. (Main y otros 1995). Hasta entonces la teoría del vínculo quería que fuese el vínculo el que hubiese sufrido directamente el abuso (violencia, abuso, pérdida) y ahora el suceso traumático nos remite a la generación precedente: hay un doble desplazamiento: del presente al pasado, del trauma real a la representación del trauma del padre actuando en el hijo.

Este ejemplo se ha dado para subrayar un movimiento de descentración de las causas; es en la madre donde tiene lugar el traumatismo y es transmitido por las representaciones y los comportamientos al niño, que produce la psicopatología.

Radicalizando el debate, podríamos decir que, se pueden localizar las causas, fuera del niño.

Desde este razonamiento, he radicalizado a propósito la situación, para explicitar una hipótesis que domina, sin decirlo expresamente el campo de la psicopatología del niño pequeño, cuando se pone el acento, como en este caso en el campo interpersonal, o relacional. El campo, de esto que se llama las significaciones compartidas, es regido ante todo por los padres. El niño construye su psicopatología según las líneas de fuerza marcadas por los padres.

Se trata de una evidencia, reconocida por los clínicos puesto que la mayoría de los tratamientos de los niños pequeños pa-

sa por terapias conjuntas y sobre todo que la cura de los síntomas en el niño pasa por una terapia de la relación, de las proyecciones parentales y de las interacciones consiguientes.

Pero esta evidencia, forma parte de un punto de vista, es decir un sesgo, basado en el concepto de una organización de la experiencia del niño imprimida por la madre y el padre; su psiquismo se convierte en la matriz en la que toma forma el del niño.

El título de esta exposición es “Comprender la psicopatología para tratar”. El terapeuta es un oportunista empírico, escoge las causas que pueda modificar, sabe que las predisposiciones genéticas de temperamento y de estilo cognitivo van a organizar conjuntamente la psicopatología del niño. Reconoce que el niño puede tener una lesión cerebral, (con o sin intolerancia a los estímulos etc.) la violencia de las distorsiones de la imagen del niño que conllevan las proyecciones parentales, los defectos de comunicación y de interacciones entre padres e hijos. Que la psicoterapia sea dinámica, de guía interactiva, o enfocada al vínculo, es la interrelación lo que se está mirando, y son los padres los que son considerados las personas más disponibles para el cambio. Es cuando, los padres no están disponibles o receptivos, cuando se organizan otras modalidades de tratamiento, más centradas en el niño. Por otro lado cuando el niño es mayor y plenamente capaz de quedarse solo con el terapeuta, y de producir un juego simbólico, la psicopatología será tenida en cuenta en dos tiempos: primero se evaluará el valor interrelacional de la psicopatología en el curso de las entrevistas diagnósticas, que se convierten siempre en entrevista terapéuticas. Una vez que las contribuciones parentales para el mantenimiento de la psicopatología son elucidadas, se pasará al tratamiento del niño solo. Pero a veces se optará por el tratamiento del o de los padres solos.

Terminaré evocando una psicopatología que permite alimentar la controversia de decidir el lugar de los factores cau-

santes de la psicopatología, radicalizando el debate: sea en los padres (según una epistemología ambiental), sea en el niño (según una epistemología constitucional).

Tomemos el ejemplo del traumatismo, en el sentido moderno del término, es decir en el cuadro de un Síndrome de Estrés Post-traumático.

Señalo en primer lugar que este término no ha estado siempre en las clasificaciones francesas, y figura desde 1980 en el DSM.

Este síndrome nace a causa de sucesos en primer lugar sociales; el Síndrome del niño golpeado (Kempe, 1962), los abusos sexuales y sobre todo los veteranos traumatizados por la guerra del Vietnam.

Después de catástrofes colectivas como los terremotos, atentados dirigidos a grupos, genocidios (Rwanda, Camboya), han aparecido psicopatologías tipo que han llevado a los clínicos a ciertos alardes.

Hay que resaltar aquí, que la causa principal de la psicopatología está situada en el exterior del sujeto. Pero como se va ver el traumatismo entra en relación para la creación de la psicopatología con dos aspectos; la estructura psíquica del niño y las reacciones parentales.

Es esta dialéctica, la que nos interesa estudiar, porque nos revela las participaciones respectivas de las diferentes series complementarias. Se describen clásicamente los síntomas tipo del SSPT:

1. Pensamientos, recuerdos y actividades repetidas en relación al traumatismo.
2. Miedos específicos, en los que se encuentran elementos del traumatismo.
3. Cambio de actitud hacia las personas, aspectos de la vida y el futuro; se instala el pesimismo.

4. Evitación de las situaciones o pensamientos que recuerda el traumatismo.

Estos síntomas son típicos del traumatismo Tipo 1, inesperado y violento, único. Si el trauma se repite (como en los maltratos) se añaden fenómenos de parálisis psíquica, marcada sobre todo por la distancia emocional, llegando hasta formas disociativas. El sujeto parece exilarse de el mismo, viviendo con identificaciones prestadas, como en las identificaciones crónicas con el agresor.

La psicopatología es relativamente unívoca, y típica en ciertos traumas del tipo 1: se puede entonces hablar de un cuadro psicopatológico tipo, y comprenderlo a la luz de dinámicas tales como: el fracaso de la represión, la no-inscripción simbólica del suceso, la no integración del suceso traumático que permanece como Freud dijo en los “Estudios sobre la histeria”, como un complejo separado. El niño no conseguiría relacionar el traumatismo con sus vicisitudes pulsionales. El tratamiento por el *à-pres-coup* fracasaría, favoreciendo la repetición diabólica.

Cuando se estudia colectivos que han sido expuestos a un trastorno tipo 1, diremos un temblor de tierra por ejemplo, algunas observaciones vienen a complicar la imagen del trauma puro y las consecuencias tipo que desencadena:

Primero, no hay más que un 40% de niños que presentan una neurosis Post-traumático (en el terremoto de Erevan. Bacqué 1991). Otros presentan un cuadro depresivo, otros no presentan síntomas. La relación no es unívoca y nos debemos preguntar acerca de los factores llamados de protección que evitan en un cierto número de niños los síntomas de estrés post-traumático.

En segundo lugar, nos damos cuenta que la definición de traumatismo es desafortunada; cierto que hay constantes el niño ha sido sorprendido, ha sido expuesto a una violencia

extrema que amenaza su vida y la de sus familiares, ha sentido un terror intenso. Pero a esto se añaden otras causas. El traumatismo es diferente si el niño ha perdido de golpe un padre, su casa, su lugar de residencia. Puesto que hay que tener en cuenta los efectos secundarios del traumatismo; la familia ha podido desorganizarse con la aparición de patologías en los padres; no pudiendo ser protegido, ha tenido que cuidarse solo; ha podido estar perdido. Lo que era un trauma puro tipo 1, se convierte en una constelación de elementos traumatizantes, cada uno con un impacto específico y diferente.

Una dificultad suplementaria se instala, algunos estudios (Sheeringa y Zeanah 1995), han demostrado que a igual trauma, el niño está más afectado si el suceso constituye una amenaza a la integridad corporal de los padres, dando lugar a un mayor número de síntomas.

A esto haría falta todavía añadir las diferencias individuales de funcionamiento de los propios niños; nos encontramos con que las niñas reaccionan más fácilmente con síntomas disociativos, los niños por otro lado presentan síntomas de hipervigilancia que favorecen la huida o la agresión (Perry 1995).

Por supuesto el niño por muy joven que sea aporta su estructura, su psicopatología preexistente en la reactividad al traumatismo. Su grado de desarrollo va a influir en los modos de explicación del traumatismo, sus angustias de separación, sus modos de defensas.

Ejemplo: La madre de un niño de 3 años y de una niña de 6 años es asesinada por su padre con una pistola. El niño viendo el drama, después de el suceso estaba en un estado de estupor, hiperventila y tiembla. Es incapaz de hablar, está como un robot, sin emoción. Tiene pesadillas repetitivas y repite incansablemente, Papá ha sacado una pistola, ha hecho pum-pum a mamá y se ha muerto. Se vuelve agresivo y enurético. La terapia es difícil, porque se instala en una posición disociativa ya que evita toda alusión al traumatismo.

La hermana, evita también toda alusión a la muerte, pero el traumatismo no genera síntomas tipo SSPT como en su hermano. Ella refuerza sus defensas narcisistas, ya muy severas antes de la muerte, ya que ella había tenido tiempo para desarrollar un repliegue narcisista frente a los numerosas experiencias de pérdida en una atmósfera caótica.

Mientras que en el niño la eclosión psicopatológica está en relación con los síntomas tipo del SSPT, en la hermana la estructura preexistente tiene importancia en el impacto del traumatismo.

En cada situación, es importante juzgar los efectos psicopatológicos en función de las contribuciones relacionadas con el traumatismo la creatividad psicopatológica original del paciente, va a ayudarnos a decidir las opciones terapéuticas.

Veamos cómo nuestras opciones psicopatológicas van a influenciar la elección del tratamiento:

Varios autores americanos proponen un comienzo de la terapia basada en la noción de “debriefing”, es decir de una catarsis del traumatismo. Por ejemplo un niño de tres años mordido en la cara por un perro será expuesto en la primera sesión a un juego representando un perro. La idea sería hacerle revivir de forma desplazada el traumatismo para favorecer la abreacción. Esto provoca la angustia del niño, que redobla los síntomas, pero después de esta fase inaugural, la terapia se desarrolla de manera habitual, sin tema establecido.

Si por el contrario se piensa que no hay una psicopatología tipo, directamente ligada al traumatismo, se hará como si el traumatismo no existiese, favoreciendo las asociaciones libres, el desarrollo de una neurosis de transferencia. Nuestra concepción de la psicopatología determina la indicación terapéutica. Pero la experiencia psicoterapéutica, todavía rara en estos casos post-traumáticos revela muy poco sobre la construcción de su psicopatología tipo; no se puede más que evocar el estupor del aparato simbólico, una cierta libidinización

del traumatismo para explicar el rasgo fundamental de los síntomas del SSPT: la repetición angustiosa.

Respecto a esta carencia en la comprensión psicodinámica de la psicopatología post-traumática, tenemos el recurso a Freud; se puede decir en “Mas allá del principio del placer” o bien puede ser en las neurociencias: circuitos neuronales que habrían tenido su umbral de reactividad rebajado en el traumatismo con superabundancia de secreción de hormonas de estrés (Perry 1995)

El círculo está ahora cerrado: la psicopatología en el SSPT comienza con la aparición de una violencia externa, pero esta afecta diferentemente según sea el psiquismo del niño, en función de su edad y del funcionamiento de los padres. Se puede incluso evocar los substratos neuronales, que tendrían que ver con la repetición. Se encuentra un agente etiológico aparentemente simple, unívoco y externo, la aplicación del concepto de series complementarias; el suceso en la realidad, las reacciones del individuo en función de su historia y su medio, así como el substrato neuronal.

3. CONCLUSION

He centrado mi discusión en la primera infancia, mi campo predilecto. La psicopatología en esta edad presenta un interés conceptual particular, que puede contribuir a aclarar la situación psicopatológica y de tratamiento. Este interés pone de relieve el principio de las series complementarias, que están en el origen de los problemas. Hay que evocar los factores genéticos, intrauterinos, perinatales, de temperamento, así como los factores interactivos, interpersonales e intrapsíquicos.

Pero un original resorte en la visión preventiva y terapéutica que caracteriza nuestra práctica en las edades tempranas: es la importancia que el terapeuta da a los factores interpersonales. El terapeuta trata de dar con la palanca que ofrecerá

menor resistencia y producirá mayor efecto. Desde esta óptica el práctico considera al bebé paciente como si fuera objeto de influencias parentales. He radicalizado este debate diciendo que el impacto terapéutico se dirige más a un agente considerado exterior al niño, es decir a los aspectos psíquicos de los padres, más que al niño en tanto sujeto.

Desde el punto de vista histórico, es casi una vuelta al punto de partida, es decir a la teoría del trauma.

He presentado la problemática del síndrome de estrés post-traumático como paradigmas en el que intentar aislar un agente patógeno circunscrito, único y externo.

Cada niño reacciona de diferente manera al impacto del trauma produciendo o no los síntomas tipo del síndrome.

Las reacciones al trauma, pueden variar en función del sexo, de la edad, de las reacciones de las neuronas, del medio, etc. La psicopatología es siempre un mosaico de causas y factores múltiples y heterogéneas, lo que caracteriza al combatiente, que es el terapeuta, es que es él quien elige seleccionando según el principio que he llamado “el oportunismo empírico”. Buscando actuar sobre los mecanismos que conoce y puede observar, buscando la línea de menor resistencia. Y como no conoce inhibidores de recaptación de la serotonina que sean eficaces en el niño, y como no puede interpretar directamente el sentido de los síntomas del bebé, va a optar por una aproximación interpersonal y tratar de un modo conjunto padres y niños. Tendremos que renunciar a la ambición científica que buscaría en la terapia todas las causas, para contentarnos con ejercer una terapia suficientemente buena parafraseando a Winnicott.

BIBLIOGRAFÍA

- BACQUÉ F. (1991). L'enfant arménien. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 9, 165-176.
- CARISON E., SROUFE A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: D. Cicchetti, O. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology*. New York John Wiley, 581-618.
- DREIL M. J., SIEGEL C.H. ET GAENSBauer T. J. (1993). Post traumatic stress disorder. In: C. H. Zeanah (Ed) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press, 291-304.
- KEMPE C.H. et al. (1962). The battered child «syndrome». *Journal of the American Medical Academy*, 787, 17-24.
- MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J. (1995). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the representational level. In: E. Waters, I. Bretherton (Eds), *Monographs of the Society for Research in Child Development*. Chicago: University Press.
- PERRY B. D., POLLARD R. A., BLAKLEY T. L., BAKER W. ET VIGILANTE D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaption, and use dependent development of the brain how states become traits. *Journal*, 16 (4), 271-289. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271-289.
- SHEERINGA M. S. ET ZEANAH C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 259-270.

¿QUÉ PSICOPATOLOGÍA PARA QUÉ TRATAMIENTO?*

Daniel Widlöcher**

La existencia de una estrecha unión entre la psicopatología y las prácticas terapéuticas es a la vez una idea simple y una cuestión complicada. Es una idea simple e incluso banal si se reconoce que toda acción humana supone una cierta forma de conocimiento del mundo.

Menos banal es el hecho de que la mayor parte de modelos psicopatológicos reposa sobre una cierta representación de los cambios intrapsíquicos, y por tanto de los procesos terapéuticos. Pero lo que complica singularmente la cuestión es que disponemos de una pluralidad de modelos, que se refieren a una pluralidad de prácticas terapéuticas. Y cómo estas últimas se suelen asociar para garantizar las medidas terapéuticas de un mismo paciente, estamos obligados a conciliar o confrontar diferentes modelos. Son estos diferentes puntos, los que me gustaría desarrollar ahora.

* Texto presentación en la I Mesa Redonda. II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** D. Widlöcher. Psiquiatra-psicoanalista Hôpital de la Salpêtrière. París.

PLURALIDAD DE MODELOS

¿Por qué hablar aquí de modelos y no de teorías? Podemos decir que la psicopatología, como disciplina única, es una teoría. Se esfuerza en explicar el origen y la naturaleza de las variaciones de la normalidad que estamos obligados a tratar. Asume también la imposible tarea de explicar lo que, en estas variaciones, puede ser objeto de medidas terapéuticas y no de otro tipo, educativas o represivas por ejemplo. Por otra parte pienso que tal psicopatología, que pretende ser ciencia de la enfermedad mental, no existe. Las conductas y los estados mentales, que tomamos como objeto de conocimiento, y por tanto de tratamiento, son perfectamente heterogéneas, incluso heteróclitas diría. Varían de una época a otra, de una cultura a otra. Y Freud pudo adelantar la idea de que el sueño era objeto de la psicopatología antes incluso de escribir una psicopatología de la vida cotidiana. De hecho, las grandes teorías sintéticas como las de Kraepelin, o más recientemente de Henri Ey, no han conseguido jamás abarcar la totalidad de un campo, donde precisamente la heterogeneidad escapa a todo sistema de conjunto. Incluso en psicoanálisis, las teorías de Abraham (centradas en el punto de vista del desarrollo libidinoso) o de Fenichel (más centradas en el punto de vista económico del pensamiento) se caracterizan por ser demasiado esquemáticas o demasiado ambiciosas.

Hablemos entonces de modelos, en la medida en que disponemos de representaciones simplificadas de una cierta forma de desviación mental, representaciones que nos ayudan a ver una cierta estructura de los hechos, y a sacar algún provecho para predecir los efectos, la evolución y guiar nuestra acción terapéutica. En “Las lógicas de la depresión”, he intentado señalar cómo un mismo estado clínico puede estar representado de manera simplificada según se adopte un patrón farmacológico, psicoanalítica o sociológica por ejemplo.

Seguramente, un modelo necesita apoyarse en una teoría que se pueda verificar o refutar eventualmente, al menos parcialmente. Pero lo que esperamos de un modelo, en nuestra práctica clínica, es que nos proporcione un patrón cómodo para observar y tratar. En último caso, un cierto modelo podría reposar sobre una teoría total o parcialmente falsa y guardar, al menos por un tiempo, cierta pertinencia (pensemos en el modelo de las constelaciones zodiacales como guía de navegación). Hemos conocido en psiquiatría unos modelos puramente descriptivos y clasificadores que han perdido gran parte de su interés. Incluso las grandes clasificaciones americanas e internacionales que se suponen “ateóricas” reflejan en realidad el estado actual de una práctica terapéutica. Pensemos en la puesta en cuestión del diagnóstico de neurosis que expresa en realidad una voluntad de abandonar el modelo freudiano basado en una cierta terapéutica de los neuróticos.

Constatemos pues que todos los modelos psicopatológicos actuales, en cualquier forma de desviación que se apliquen, tienen en cuenta los procesos de cambio y de resistencia al cambio y que se inscriben pues en una reflexión terapéutica.

MODELOS Y TERAPÉUTICA

Charcot nos ha ofrecido un modelo de la conversión histérica que es, bajo este punto de vista, ejemplar. Esto, claro está, en un período tardío de su obra, los años ochenta, en el curso de los cuales construyó su teoría “psicológica” de la histeria. Para demostrar que el síntoma de conversión resulta de la ausencia funcional de representación de la función, el olvido de la función, del movimiento o de la percepción por ejemplo, se apoya en una demostración experimental, la producción bajo hipnosis de síntomas comparables y su resolución por la misma terapéutica, la insistencia sobre el sujeto para que rememore la función “olvidada”. Ejemplo seguido por Janet y por

Freud quien, junto con Breuer, en la comunicación preliminar de 1893, nos da a la vez una descripción del proceso terapéutico (la rememoración del traumatismo) y una explicación de la neurosis histérica. En “Freud y el problema del cambio”, he intentado mostrar cómo los diferentes modelos propuestos por Freud concernientes a la estructura del aparato psíquico estaban ligadas al desarrollo de la práctica clínica.

Podríamos preguntarnos si la reflexión acerca del proceso terapéutico ha precedido a la renovación del modelo o si ha sido la consecuencia. Se trata sin duda un poco del tema del huevo y la gallina. Las resistencias al cambio terapéutico, fueron generalmente las que condujeron a Freud a estas modificaciones del modelo. Pero es la revisión crítica del modelo anterior la que, a partir de esas resistencias, dará lugar a la modificación. Es el descubrimiento de la transferencia el que le hace tener en cuenta el papel de la libido y del fantasma inconsciente, pero esto se debe a que la teoría de la rememoración no explica la transferencia. Más tarde es la clínica de las resistencias la que le permite distinguir las que derivan de una de las tres instancias psíquicas (cf. el suplemento a “Inhibición, síntoma y angustia”, 1926).

En lo que concierne a los medicamentos psicotropos, a pesar del origen estrictamente empírico de su descubrimiento, hizo falta rápidamente una teoría de su modo de empleo, y un modelo neurofisiológico. Era necesario que éste se correspondiera con un modelo psicopatológico. Jean Delay, para este quehacer, recogió el modelo del trastorno del humor para comprobar su pertinencia con respecto al modo de acción farmacológico de los medicamentos. Discutiendo la pertinencia del modelo del trastorno del humor en la depresión propuse sustituirlo por el del enlentecimiento psicomotor. No se trata de discutir la importancia del trastorno del humor, ni de su existencia, sino de constatar que el centrar el conjunto de los síntomas alrededor de este concepto sea la mejor guía de la prescripción del medicamento antidepressivo. Describir la arti-

culación entre la inhibición generalizada provocada por el enlentecimiento psicomotor y los otros rasgos del estado depresivo me resulta más pertinente para comprender en el plano psicopatológico el modo de acción del medicamento.

Asistimos así a una visión relativista del concepto de modelo en psicopatología: relatividad con respecto a patologías consideradas (no modelos únicos), relatividad con respecto a los procesos terapéuticos considerados, relatividad con respecto a la pertinencia del modelo en relación a los fines prácticos que se aplican.

Es precisamente esta pluralidad de modelos en función de los procesos de cambio considerados y esta perspectiva muy “utilitarista” de su uso, la que provoca cierta complejidad a la hora de tenerlas en cuenta cuando se trata de planificar las medidas terapéuticas.

LA CONFRONTACIÓN DE LOS MODELOS TERAPEUTICOS

Propongo examinar sucesivamente tres tipos de situaciones: combinación de una psicoterapia y una prescripción medicamentosa; combinación de acciones psicoterapéuticas de naturaleza diferente; recurrir a distintas referencias teóricas durante una psicoterapia psicoanalítica. Se trata de una elección fruto de una experiencia personal, pero otras situaciones podrían ser consideradas en relación con otros componentes del plan terapéutico (medidas educativas, acción sobre el entorno, tratamiento institucional, etc.).

Modelo psicodinámico y medicamentoso

En seguida encontramos una diferencia muy importante. En efecto, cuando recetamos un medicamento, el modelo psicopatológico nos ayuda. Nos ayuda a definir unos buenos indicadores clínicos para juzgar la indicación o la eficacia de la pres-

cripción. Y, después de todo, dudo que un médico pueda recetar cualquier medicamento sin hacer una teoría, más o menos personal, del modo de actuar sobre los síntomas. Necesita incluso de dicho modelo para convencer a su cliente y conseguir una buena observación de este último. Pero no hay ninguna relación entre el modelo y el hecho de recetar. Al contrario, la actividad mental del psicoterapeuta se organiza alrededor del modelo psicopatológico del que hace uso. Según se acentúe la dimensión narcisista o la pérdida objetal, el clínico desarrollará una escucha e intervendrá de manera diferente, mientras que la acción del medicamento no tiene nada que ver con el modelo. Es útil, como acabamos de ver, pero es extrínseco al proceso terapéutico. Me parece que es una de las razones que explican cómo la asociación de dos tratamientos no debería suponer una dificultad mayor si distinguimos bien los actos terapéuticos, o en regla general los terapeutas. Esta distinción no es sólo una cuestión de competencia sino, que además de las interacciones transferenciales y contra-transferenciales eventuales, también el modelo psicopatológico que tiene en la cabeza el psicoterapeuta le ayuda mucho o para nada a juzgar la utilidad o la eficacia del medicamento. Y habría que tenerlo en cuenta incluso si la prescripción del medicamento se refiriera a un modelo psico-dinámico.

Esto no es, sin embargo, más que un principio general puesto que se puede concebir que un mismo terapeuta pueda recurrir a dos modelos distintos cuando ha puesto en marcha una terapéutica asociada. Entendámonos bien. Hay otras razones para tener en cuenta para decidir acerca de la asociación de terapeutas distintos o de la necesidad de tener un solo referente. Pero la cuestión de recurrir a modelos psicopatológicos diferentes al mismo tiempo, para tratar a un adolescente, por ejemplo, con un tratamiento que asocie medicamentos y “sesiones” psicoterápicas, ver sesión preparatoria a un tratamiento psicoterápico, constituye en sí un problema muy interesante y que merecería estudios más profundizados.

Modelo psicodinámico y sugestión

No tiene nada que ver la cuestión suscitada por la aleación del oro de la psicoterapia y el cobre de la sugestión. Sabemos que es la metáfora utilizada por Freud en 1919 para afrontar la situación creada por la necesidad de aplicar el psicoanálisis a una población extendida e investigando sólo superficialmente la situación. No planteo aquí el caso hipotético, que considero poco frecuente, donde estarían asociadas una psicoterapia analítica y una terapia cognitiva y comportamental. Pero, recientemente, ha sido claramente discutida (J. Holmes, *The Changing Aims of Psychoanalytic Psychotherapy. An Integrative perspective. Int. J. Psycho-anal.*, 79, 227-240) la posibilidad de incluir en el transcurso de una psicoterapia de inspiración psicoanalítica prescripciones de tipo cognitivo-comportamental. Es de hecho lo que preveía Freud en su artículo "Nuevas vías del psicoanálisis" cuando proponía como ejemplo el proponer un consejo o animar explícitamente al paciente con el fin de corregir los síntomas (afrontar una situación fóbica) al final o durante el transcurso de una terapia analítica. La aleación del cobre y del oro es preciosa y útil. Puede ser también en el transcurso de una psicoterapia, pero hay que saber que podemos recurrir a dos modelos psicopatológicos diferentes. Si son incompatibles en una cura psicoanalítica propiamente dicha, se puede admitir que sean compatibles en el curso de las psicoterapias. Quedaría por definir, con más precisión, las características de esta compatibilidad y que no se vea solamente como una transgresión pasajera, un bricolage difícil de explicar.

Pluralidad de modelos psicoanalíticos

¿Cómo conjugar, en un mismo paciente, las referencias a varios modelos psicodinámicos? ¿Cómo sacar partido de uno o de otro en un momento dado de la relación clínica, se trate de una entrevista o de una psicoterapia? Seguramente, un clínico puede trabajar de manera regular según un marco teórico

con el que se ha formado y que le conviene, pero es raro que en un momento dado no se abra a un punto de vista que le es menos familiar. Y sobre todo, por muy rígido y cerrado que sea un cuadro teórico, no puede servir para todo pero sí a encajarse en un diagnóstico rígido.

Esta cuestión se nos plantea de hecho de manera todavía más regular si pensamos que todo marco teórico se distingue dentro de un marco general que es el del sentido común. El depresivo tiene razones para estar triste, el perseguido razones para sentirse injustamente tratado. Sabemos de hecho cómo a los jóvenes estudiantes de medicina y psicología les cuesta no reaccionar con este único modelo cuando se les presenta un caso clínico. Nosotros mismos debemos tener en cuenta el sentido común en nuestros juicios y no interpretar todo según un modelo psicopatológico.

Debemos pues alternar entre una comprensión natural del psiquismo del prójimo y una comprensión relevante de un modelo psicopatológico. Esto no se aplica solamente en el juicio clínico propiamente dicho, es decir a la explicación causal, a la evaluación diagnóstica y terapéutica: lo que destaca del modelo de referencia, sino también a la forma en que este último guía nuestra escucha del paciente, nuestra capacidad de percibir su experiencia subjetiva, en particular sus afectos, y a fin de cuentas descartar las lagunas, los elementos enmascarados o solapados, que nos remiten a los modelos que provienen del psicoanálisis. La escucha empática del prójimo reposa sobre esta capacidad asociativa, a partir de lo que el paciente nos da qué pensar y qué demostrar. Y, bien entendido, el mayor interés de esta escucha empática es el hacernos percibir sus mistificaciones y sus lagunas, una coalición demasiado grande o una ruptura de la empatía con el paciente. Se trata aquí de modelos y no de teorías, que transforman nuestra forma de pensar para estar más cerca de lo que el paciente piensa. No se trata ya de juicios sino de experiencia psíquica compartida.

CONCLUSIÓN

¿Son compatibles todos los modelos? ¿Podemos hacerlos sonar a todos como las cuerdas de un instrumento de música, en función de lo que nos evoque la complejidad de la vida psíquica del otro? Hablábamos ahora mismo del dogmatismo rígido del modelo único. Pero no queremos defender un total eclecticismo.

Claro que, cada uno a fin de cuentas compone su propia paleta en función de su formación y de sus prácticas. Cada uno debe reconocer las incompatibilidades que no puede sobrepasar. Todos los modelos no son compatibles. Freud hizo demasiado pronto la experiencia con Jung. La cuestión se plantea hoy con las escuelas que proclaman la enseñanza de Lacan.

En conclusión, me parece que los modelos en psicoanálisis pueden orientarnos en dos direcciones diferentes. Ilustración concreta de la teoría, nos ayudan a formular los juicios necesarios concernientes al origen, el desarrollo y al tratamiento de los problemas observados. Pero como configuración esquemática de los procesos de pensamiento, nos ayudan a comprender el funcionamiento psíquico del otro y a facilitar la comunicación terapéutica. De este último punto de vista, el modelo no sólo nos sirve a pensar acerca del otro sino a pensar con el otro.

PSICOPATOLOGÍA EN LA PERINATALIDAD*

Por Bernard Golse**

Es para mí un gran placer participar en este segundo congreso de la AEPEA cuyo papel me parece cada vez más esencial en este momento de la historia del movimiento de ideas en el seno de disciplinas que abordan el desarrollo, el crecimiento y la maduración del niño.

Agradezco al comité organizador el haberme invitado a tomar la palabra hoy y darme así una nueva ocasión de trabajo en común con Daniel Stern.

Guardo en efecto el mejor recuerdo de todos los intercambios que he podido tener con él en el curso de los últimos años y que han sido siempre para mí muy importantes y estimulantes.

Lo que admiro infinitamente de Daniel Stern, es su pensamiento siempre en movimiento, su creatividad conceptual, su

* Texto de Presentación realizada en la II Mesa Redonda "Psicopatología de la perinatalidad" en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998

Traducción realizada por Fernando González Serrano. Psiquiatra.

** Paidopsiquiatra Psicoanalista. Jefe del Servicio de Pedopsiquiatría del Hospital Saint-Vincent de Paul (París). Profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Universidad René Descartes (París V).

extrema atención a los hechos clínicos y, en cierta medida, siento mis propias posiciones como complementarias de las suyas más que opuestas o antinómicas.

Después de haber leído el resumen que D. Stern nos ha hecho llegar para explicarnos los principales propósitos que perseguía hoy, he decidido modificar profundamente lo que tenía intención de decir.

Queda claro que no voy a renunciar a hablar de aquello en lo que yo creo profundamente, sino, simplemente voy a plantearlo de manera distinta a la que había previsto.

Después de tratar de mostrar como la transdisciplinariedad –que es una condición “sine qua non” de la psiquiatría perinatal– presenta al mismo tiempo ciertos riesgos para la dimensión psicopatológica, trataría de mantener la idea de que los desarrollos de la psiquiatría perinatal no nos imponen en realidad ninguna renuncia en relación a nuestras señas metapsicológicas clásicas, bien al contrario, incluso éstas –fecundas para el bebé, si me arriesgo a expresarme así– nos son absolutamente necesarias para comprender en profundidad los trastornos de la perinatalidad y para poder intervenir de manera eficaz.

Para concluir hablaré de una psicopatología perinatal que pudiera considerar todos los trastornos en su campo como verdaderas enfermedades de las interacciones.

1. PSIQUIATRÍA PERINATAL, TRANSDISCIPLINARIEDAD Y PSICOPATOLOGÍA

1. Desde un cierto punto de vista, la **aparición del concepto de “Psiquiatría Perinatal”** representa, en Francia al menos –históricamente hablando– el segundo momento importante en la historia de la colaboración entre cuidadores del cuerpo y cuidadores de la “psique”.

- El primer tiempo de esta historia ha correspondido a las investigaciones y al trabajo de autores como M. Soulé, L. Kreisler y M. Fain en el campo de la patología psicosomática precoz, en el curso de los años 1950-1970.

Los pediatras estaban ya suficientemente liberados de los principales problemas técnicos y médicos para comenzar a mostrarse disponibles para una reflexión sobre el papel del psiquismo en el determinismo de un cierto número de trastornos.

Es conocida toda la riqueza de reflexiones que se han desarrollado desde entonces hasta la actualidad.

- El período siguiente corresponde, según mi parecer, al auge considerable de la psiquiatría del bebé bajo la dirección, en particular para nosotros, de S. Lebovici y de otros autores prestigiosos entre los cuales están evidentemente B. Cramer y D. Stern, los dos aquí presentes.

Pero es la Psiquiatría Perinatal la que ha permitido verdaderamente una reactivación de la colaboración entre profesionales del cuerpo y profesionales de la “psique” en la medida en que, como es sabido, cuanto más joven es el niño, más estrecha es la intrincación entre cuerpo y psiquismo.

Junto al hecho de la innegable unidad diádica o triádica, se comprende modo la necesidad de la intervención, tan coordinada como sea posible, de toda una serie de profesionales: pediatras y neonatólogos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas de niños, pero también psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas de adultos, ginecólogos-obstetras, endocrinólogos y biólogos, comadronas, puericultoras, educadores de guardería e infantil y trabajadores sociales diversos.

2. Lo que es impresionante de constatar para nosotros, psiquiatras y psicoanalistas de niños, es la facilidad con la que cierto número de **conceptos que utilizamos** desde hace mucho tiempo, pero que habíamos transmitido mal a nuestros colegas somatólogos, de repente, con ocasión de este trabajo en común en el campo del embarazo y el alumbramiento, han podido tomar sentido para ellos y ser compartidos entre ellos y nosotros.

Había sin duda mucho que interrogarse sobre dicho fenómeno que traduce quizás, en parte, uno de los aspectos del poder del niño muy pequeño o por nacer.

De cualquier modo, por nuestra parte, sólo podemos congratularnos de esta situación, siendo conscientes, sin embargo, del hecho de que no se puede caer, en torno al bebé, en las trampas de la ilusión grupal, y de que hemos de saber resistir a los cantos de sirena de una tentación preambivalente utópica.

3. Esta colaboración evidentemente deseable, no está exenta de **riesgos cara a la aproximación psicopatológica**, por varias razones.

- La primera razón tiene su origen en el hecho de que hay un posible riesgo, en cuanto se encuentra mucha gente alrededor de la cuna, de conflictos que yo llamaría conflictos de apropiación.

Independientemente de las posiciones personales cuya importancia es a menudo capital, ciertos profesionales que intervienen se identifican, por su lugar profesional, más bien a la madre (o a los padres) mientras que otros se identifican al bebé. Lo más difícil es, naturalmente, identificarse verdaderamente con los vínculos padre(s)-bebé.

De aquí la posibilidad de conflictos identificatorios a veces muy violentos, siendo entonces el rol de síntesis el clarificar estos diferentes procesos cuya eluci-

dación condiciona la posibilidad de una intervención calmada y coordinada.

- La segunda razón concierne al difícil lugar de los pediatras en el campo de la Psiquiatría Perinatal, lugar difícil sobre el cual insiste a menudo M. Soulé.

Las motivaciones profesionales de éstos, aunque sean diversas, reposan bastante a menudo (al igual que la de muchos cuidadores) sobre el deseo inconsciente de evitar la depresión maternal en tanto que origen de un cierto número de dificultades del niño y sobre el de poder remediar éste en el estricto plano de sus expresiones somáticas.

En estas condiciones, el acento puesto en la actualidad sobre la importancia de las depresiones maternales en el determinismo etiopatogénico de un conjunto de dificultades del desarrollo del niño les confronta masivamente al problema mismo del que tratan de escapar por el atajo de su elección profesional.

Es pues crucial ocuparse de que las reflexiones en materia de Psiquiatría Perinatal no sea una ocasión de cuestionar el narcisismo de los pediatras cuya cooperación es un elemento esencial de la eficacia en este terreno.

- Tercera razón al fin, la diversidad de formaciones y puntos de vista de las diferentes personas que intervienen en el campo de la Psiquiatría Perinatal.

Si ésta representa en efecto una condición necesaria de la transdisciplinariedad deseable que acabo de evocar, no por ello dejar de ser delicado establecer de manera auténtica, este trabajo en varios frentes, difícil de instaurar y mantener.

Es preciso en efecto mucha cercanía profesional, estima y respeto narcisista recíproco entre las diferentes personas que intervienen para que su colaboración

pueda verdaderamente materializar de algún modo el concepto freudiano de “serie complementaria”, el cual juega un papel de precursor de nuestros modelos plurifactoriales que nos son tan útiles en materia de etiopatogenia. En el terreno de la perinatalidad es importante ocuparse por ejemplo de que la extrema atención otorgada actualmente a la cuestión de las depresiones maternas no nos hagan subrepticamente volver –por no decir retroceder– a un modelo lineal de la psicopatología.

Todos los bebés de madre deprimida no están forzosamente perturbados y, a la inversa, está claro que un bebé deprimido se muestra extremadamente deprimente para los adultos que se ocupan de él.

Es más para que una psicopatología materna se confirme como nociva para el desarrollo del niño, se necesita que las capacidades de compensación de éste hayan sido desbordadas y que además fallen todas las terceras personas que habrían podido o debido proteger al niño del impacto negativo de los trastornos maternos.

Dicho de otro modo, y éste es un aspecto de nuestra indispensable visión plurifactorial de las cosas, un bebé y su madre no están jamás solos en el mundo.

Ya en su tiempo, M. Mead decía que en todas las etnias, en todas las culturas, en todos los sistemas sociales y grupales, hay siempre algún lugar “otra mujer”, es decir un polo no-madre que prefigura a su manera las triangulaciones venideras.

Añado aún, que nuestra aproximación transdisciplinaria y multifactorial es tanto más esencial dado que si existiese una relación causa efecto directa entre los trastornos maternos y las dificultades del niño –lo que no es el caso– ocuparse del bebé teniendo dicho modelo en la cabeza no podría ser sino perjudicial.

H. Searles ha mostrado bien que tal modelo no puede en realidad más que reforzar la depresión del bebé por no haber sabido hacer de su madre, una madre suficientemente buena o de sus padres, padres suficientemente buenos. Desconfiemos pues de tales simplificaciones que no son solamente reductoras sino también lamentables y que no pueden más que poner en peligro nuestra alianza con los padres.

2. ALGUNOS SIGNOS PSICOPATOLÓGICOS FUNDAMENTALES EN EL CAMPO DE LA PERINATALIDAD

Hace algunas semanas, D. Stern, F. Palacio-Espasa y yo participamos en Pisa en un coloquio organizado por el equipo del profesor P. Pfanner. D. Stern planteaba acertadamente la cuestión de las suposiciones de base realmente necesarias para la comprensión del desarrollo precoz y, a propósito de la articulación entre psicología experimental y el punto de vista psicoanalítico, decía en resumen:

“El psicoanálisis, sí, ¿pero... qué psicoanálisis?”. Según él –y si no me ajusto a su pensamiento él me lo corregirá sin duda– ciertos aspectos del psicoanálisis son esenciales y yo comparto esta visión con él:

1. El punto de vista psicoanalítico como modelo de aproximación de la relación con los objetos en la medida en que el paisaje representacional, el mundo interno del niño se basa sobre la edificación de representaciones de la relación del niño con sus objetos circundantes.
2. La articulación del fin sobre los pensamientos en función del juego del deseo.
3. El concepto de conflicto finalmente pero también de déficits psicodinámicos diversos.

Por el contrario, apuntaba algunos aspectos psicoanalíticos que, según él, no ayudaban en cuanto al estudio del desarrollo precoz, a saber:

1. Las nociones de estadios psicosexuales y su fijación más útiles en su opinión para la construcción o la reconstrucción interpretativa que para establecer un modelo del nacimiento del psiquismo.
2. El concepto de energía psíquica que le parece más descriptivo que realmente explicativo.
3. El pensamiento, al fin, como aplazamiento de la acción en la medida en que, en el bebé, pensamiento y acto aparecen como indisociables de hecho.

D. Stern nos invita por otro lado a reflexionar sobre el concepto de conocimiento pre-verbal o “implícito” poniendo en duda la utilidad de la hipótesis de una indiferenciación inicial entre la madre y el bebé en la medida en que éste parece de entrada que funciona como un organismo individualizado y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación.

Personalmente pienso que se pueden discutir las reservas de D. Stern en cuanto a la validez de ciertos descubrimientos psicoanalíticos clásicos y a su pertinencia en el estudio de la instauración del aparato psíquico del niño, si uno se toma el cuidado de considerar que la Psiquiatría Perinatal invita sobre todo a reconsiderar el punto de vista tópico mucho más que los puntos de vista económico o dinámico.

Dicho de otro modo, por mi parte, sigo defendiendo el interés de una psicopatología psicoanalítica en el campo de la perinatalidad mediante un cierto número de modificaciones de las que voy a intentar dar algunos ejemplos.

3. INTERÉS DE UNA PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA EN EL CAMPO DE LA PERINATALIDAD

Teoría del apego:

En primer lugar me parece que se puede considerar la cuestión del apego como un paradigma que permite unir la teoría de las pulsiones y la teoría de la relaciones de objeto.

- No se trata de ser conciliador a cualquier precio sino sencillamente honesto. Bajo mi punto de vista no creo que la teoría del apego nos obligue a revisiones tan profundas de la metapsicología como se ha podido decir.

Esto ya lo he intentado mostrar varias veces y no voy a volver hoy, salvo para volver a decir que el apego –en tanto que necesidad primaria del niño– puede muy bien verse libidinizado como el resto de necesidades y esto sería coherente con la teoría freudiana del apuntalamiento (o apoyo).

Por otro lado, “los modelos internos operantes” (J. Bowlby, I Bretherton) me parece que pueden acercarse completamente al estatuto de representaciones mentales y, como tales, ser concebidos como mezcla de aspectos cognitivos y afectivos.

- Una vez aquí, añadiría que me parece una falacia querer oponer radicalmente la teoría del apego, en tanto que ligada exclusivamente a la presencia del objeto, al psicoanálisis que no sería más que pura metapsicología de la ausencia y del tercero excluido. Como se sabe, presencia y ausencia del objeto están inextricablemente ligados, como lo están la convexidad y la concavidad de una misma curva y más aún, la construcción misma de los modelos de apego por el bebé se basa sobre la puesta en marcha de lo que D. Stern llama representaciones de interacciones generalizadas en el seno de las cuales la ausencia, la diferencia y la separación ocupan un lugar central.

El niño, en efecto, extrae de sus diversas experiencias interactivas una suerte de media, de resultante ficticia, jamás cumplida como tal, pero sin embargo profundamente inscrita en su psiquismo como una suerte de abstracción del estilo interactivo de sus compañeros relacionales principales, si entendemos bajo el término de abstracción una actividad de extracción de constantes.

Después de cada encuentro interactivo efectivo en su realidad externa, el niño, mide de alguna manera la distancia existente entre lo que él vive en ese instante y la representación dinámica y prototípica que se ha construido del adulto, distancia que le informa acerca del estado emocional de éste, (según las modalidades de concordancia afectiva o de armonización de afectos) y que remite de hecho a la cuestión del tercero, es decir “al otro del objeto” (A. Green).

El concepto de “censura del amante” (M. Fain y D. Braunschweig) ilustra bien como la madre presente contiene al padre en su pensamiento como un tercero que modula, en un cierto sentido, su estilo interactivo.

Se encuentra pues la ausencia en la teoría del apego lo mismo que, evidentemente, hay un lugar para la presencia dentro de la teoría metapsicológica freudiana.

- Sostendría así mismo la idea de que la teoría del apego nos permite ligar teoría de las pulsiones y teoría de las relaciones de objeto.
 - a) Clásicamente, en efecto, entre estas dos teorías, la distancia es al mismo tiempo minúscula y crucial. Minúscula, ya que como es sabido las pulsiones son las “grandes buscadoras de objetos” (S. Freud) y porque no existe objeto que pueda inscribirse en el psiquismo sin una doble investidura pulsional (de amor y de odio). Pero crucial también, ya que la teoría de las pulsiones delimita en cierto modo un “más-acá” del objeto, mien-

tras que la teoría de las relaciones objetales desplaza por el contrario la mirada hacia el objeto.

- b) Un autor como Ch. Bollas (al cual D. Stern se refiere bastante a menudo) ha intentado, me parece, resolver esta divergencia con un tema que reaparece constantemente a lo largo de su obra: Esta pulsión sin objeto es un mito, el objeto sin pulsión es un señuelo y el verdadero Self toma sus raíces, muy claramente en el punto de encuentro entre ambos. La aproximación es pues atractiva pero sobre todo pragmática: es la manera como el sujeto utiliza a sus objetos sobre la que edifica y despliega su Self (verdadero o falso, según los casos).
- c) Se ve bien cómo los procesos de apego pueden funcionar a modo de puente tendido entre el más-acá del objeto y el objeto mismo. El apego no puede ser comprendido, desde mi punto de vista, más que como un extraordinario impulso hacia el objeto que une en un mismo proceso el movimiento mismo y el objeto al cual se dirige dicho movimiento. No hay pues apego sin figura de apego (principal o secundaria), la cual se define precisamente por la dinámica profunda que impulsa intensamente al niño hacia aquella.
- Para terminar estas consideraciones sobre la teoría del apego, me parece que concebido así, puede entonces ser utilizado en el campo de la Psiquiatría Perinatal sin riesgo de desexualización.

En efecto, cada vez que la balanza se inclina del lado de la teoría de las relaciones de objeto, la cuestión de la sexualidad infantil, en el sentido freudiano del término, se ve de alguna manera marginada. Esta desexualización tiende a hacerse equivalente a una evacuación pura y simple del principio de placer/displacer y es por eso que

la búsqueda del objeto prima sobre la cuestión del origen pulsional de los procesos en juego.

Es decir, si el apego enlaza teoría de las pulsiones y teoría de las relaciones de objeto, entonces el apego no excluye el placer que por el contrario, lo condiciona tanto como el displacer puede venir a dificultarlo, y teniendo en cuenta la sexualidad infantil, la teoría de las pulsiones y la teoría del apoyo (apuntalamiento), toda la asimetría entre la sexualidad del adulto y la del bebé puede entonces ser tomada en cuenta (en la perspectiva por ejemplo de los trabajos de J. Laplanche sobre “teoría de la seducción generalizada”).

“A posteriori” (Après-coup) y Psiquiatría Perinatal

1. Las investigaciones sobre el apego (¡continuamos con él!) dejan innegablemente un lugar al “a posteriori” dado que, por ejemplo, P. Fonagy (en el Centro Anna Freud de Londres) ha mostrado que hay correlaciones muy estrechas (cerca del 80%), entre el tipo de respuestas de la madre en la Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview-A.A.I.) y la naturaleza de los esquemas de apego del bebé evaluados en la situación ante el Extraño (Strange Situation).

Más claramente, una madre que, con razón o sin ella, se hace una idea retrospectiva segura o insegura de sus propios vínculos de apego va a inducir, en cerca del 80% de los casos, en su hijo esquemas de apego respectivamente seguros o inseguros.

Luego, la A.A.I. permite el acceso a las representaciones actuales que el adulto se forja de sus procesos de apego precoces y estas representaciones se hallan evidentemente reorganizadas y reconstruidas por toda una serie de distorsiones y represiones intermediarias.

Todo ocurre pues, como si el nacimiento y la presencia interactiva del bebé reactivase por un efecto de “a posteriori” las experiencias pasadas de la historia infantil precoz de la madre que, en el campo del apego, van a infiltrar la naturaleza cualitativa del sistema relacional que la madre va a proponer a su hijo.

2. Por falta de tiempo, sólo voy a citar el formidable artículo de R. Diatkine sobre “El psicoanalista y el niño antes del “a posteriori” o el vértigo de los orígenes”, en el cual el primer tiempo del traumatismo está profundamente relacionado con un fallo de la capacidad de “rêverie”(ensoñación) maternal que resta posibilidades al niño para el encuentro con ciertos acontecimientos ulteriores, que aun siendo –inéditos– juegan sin embargo como segundo tiempo del traumatismo.

3. Más recientemente, Cl. Geissmann ha tratado por su parte de integrar la pareja freudiana “a priori / a posteriori” (avant-coup / apres-coup) y la oscilación kleiniana entre posición esquizoparanoide y posición depresiva.

Como ella misma dice, este paralelismo puede ser desconcertante puesto que son conceptos que se sitúan en discursos diferentes pero dicha tentativa aparece sin embargo como fecunda a un nivel del análisis del “trabajo psíquico que une cada una de esas dos parejas”.

4. Finalmente, si evocamos los trabajos actuales sobre la triada, la tridificación y la triangulación (M. Lamour, E. Fivaz-Depeursinge), se pueden también identificar los efectos del “a posteriori” (après-coup) ya que, de algún modo, el paso de la tridificación comportamental a la triangulación intrapsíquica corresponde en el fondo a la inyección en el funcionamiento intersubjetivo de diferentes dimensiones de la transmisión transgeneracional, de la sexualidad y de la conflictividad (especialmente la ligada a la neurosis infantil de los dos padres).

Es por lo ello, a mi entender, que la noción de “a posteriori” puede y debe ser conservada en el campo de la Psiquiatría Perinatal aunque probablemente replanteada, sea diferida sobre varias generaciones precedentes), sea incluyéndola en el seno mismo del sistema interactivo en el que la repetición de diferentes guiones o escenarios interactivos no puede hacerse sin reorganizaciones o modificaciones por lo menos mínimas de los modos de proceder.

Pienso que las reflexiones más recientes de D. Stern a propósito del “a posteriori” van igualmente en este sentido, insistiendo sobre la dotación de sentido que tiene lugar para el bebé en el momento de sus diversas experiencias interactivas.

Otras nociones que pertenecen al campo de la Psiquiatría perinatal

Habría aún algunas nociones de la metapsicología psicoanalítica que igualmente podrían considerarse para mostrar su pertinencia en el campo de la Psiquiatría Perinatal. Para no demorarme más, seré ahora mucho más breve evocando sólo tres puntos:

- La importancia de tener en cuenta la **reciprocidad y la intensidad del sistema proyectivo en el que se encuentran inmersos los padres y el bebé**. Sin retomar aquí toda la teoría de W.R. Bion que es tan útil tanto en el plano clínico y terapéutico –por el modelo que nos ofrece de interrelaciones cerradas entre el funcionamiento psíquico de la madre y del bebé– también se conocen todos los trabajos de B. Cramer y F. Palacio-Espasa sobre la cuestión de las proyecciones parentales y sus diversos tipos estructurales.

Apoyado en esta hipótesis de una relativa indiferenciación tópica inicial entre el adulto y el niño, se podría citar el concepto de “unidad originaria” de N. Abello y M. Pérez-Sánchez, el de “expansión diádica de la cons-

ciencia” de E. Z. Tronick o incluso del de “espacio triangular” o “tercer dominio” de H. Segal.

Este último concepto, definiendo un lugar común receptáculo de los malos objetos proyectados por la madre y por el bebé, proporciona un modelo de triangulación precoz pregenital que prefigura de algún modo la estructura edipiana posterior.

Todas estas teorizaciones plantean la cuestión de la validez o no del concepto de una neotópica diádica o triádica, y esto en referencia o no a la indiferenciación intersubjetiva evocada anteriormente.

El paradigma del “juego triádico” desarrollado en Lausanne por E. Fivaz-Depeursinge y Col. me parece que abre actualmente un nuevo modo de reflexión muy fecundo en este campo mostrando la dialéctica existente entre, por un lado, el hecho de ser un conjunto de tres y por otro, la posibilidad para el niño de tomar conciencia de la singularidad de sus dos compañeros relacionales así como de la realidad de su existencia personal como individuo separado.

- Desde una perspectiva psicopatológica los trabajos sobre la **“transparencia psíquica”** (M. Bydlowski) lo mismo que los que abordan los procesos de **la transmisión transgeneracional** (cuyo interés no hay ya que demostrar) me parece que vienen a **validar de algún modo la teoría del “a posteriori” en el campo de la perinatalidad.**

Pero hay más. Estos trabajos apuntan asimismo con fuerza al impacto de la necesaria asimetría entre las organizaciones psíquicas del niño y de los adultos que se ocupan de él. Aunque el bebé funcione en un registro preedípico (¿quién podría discutirlo?), ello no evita que tenga que ver con adultos que funcionan a su vez (¡al menos a veces!) en un registro edípico, tanto en el

campo de una sexualidad como de una conflictualidad triangulares.

Así es felizmente y ello tiene su importancia. Es en todo caso lo que permite que, para una madre y para su bebé, el padre y la abuela no sean en absoluto terceros intercambiables o comparables...

- Me parece finalmente que insistir demasiado sobre el aspecto dimensional (o sintomático) de los trastornos maternos en detrimento de su aspecto categorial (o **estructural**) tiene el riesgo de olvidar que el embarazo no es más que un momento entre otros en el curso vital de la mujer.

Un momento ciertamente de particular intensidad pero que se integra sin embargo en su historia y en la de sus filiaciones.

No solamente el aspecto dimensional de una depresión maternal, por ejemplo, no es totalmente independiente, creo yo, del terreno estructural previo sobre el que se expresa, sino que, por otro lado, olvidar la historia de la mujer nos condena probablemente a quedar sordos y ciegos a todo el juego de las interacciones fantasmáticas tan determinantes en ese momento.

Dicho de otro modo, minimizar lo categorial en beneficio de lo dimensional tiene inevitablemente un efecto de dessexualizar nuestra visión de la perinatalidad que no escapa sin embargo del adagio freudiano: "Todo no es sexual, pero lo sexual está en todo".

4. LA PSIQUIATRÍA PERINATAL COMO ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INTERACCIÓN

La última parte de mi intervención será mucho más esquemática.

Me gustaría únicamente, en relación a lo que he dicho anteriormente, insistir en el hecho importante de poder considerar todos los trastornos psicopatológicos de la perinatalidad como auténticas enfermedades de la interacción.

Las depresiones maternas

La cuestión de las depresiones maternas es ejemplar para este propósito.

Tras toda una serie de discusiones sobre la especificidad o no de las depresiones maternas post-natales en relación a las depresiones que afectan a mujeres en la misma franja de edad pero sin haber estado embarazadas, B. Cramer ha subrayado que dichos trastornos maternos no podían ser comprendidos ni abordados eficazmente si no se tenía en cuenta claramente la nueva presencia del niño.

En efecto, junto con los eventuales factores generales de vulnerabilidad depresiva de la madre, la existencia del bebé, por sí misma, puede a continuación intervenir como agente depresógeno y ya hemos visto previamente hasta qué punto el funcionamiento depresivo de la madre puede inducir un funcionamiento depresivo del niño y viceversa.

Cada uno de los elementos de la interacción tiene así un poder patógeno potencial sobre el otro y, en materia de depresiones post-natales, la única aproximación coherente está pues comprobado que debería ser de naturaleza diádica incluso triádica.

El autismo precoz

En el terreno del autismo infantil precoz, igualmente, sea cual sea la importancia del determinismo plurifactorial, el concepto de “proceso autistizante” descrito por J. Hochmann se revela extremadamente valioso por la dinámica interactiva que lo fundamenta.

Se sabe que, según este modelo poco importa quién lo inicia, como dicen los niños. Sea el adulto que se muestra insuficientemente accesible desde el punto de vista psíquico, o sea el niño que muestra un comportamiento relacional particular, se crea rápidamente un círculo vicioso autoagravante ya que la inadaptación de las respuestas interactivas de uno de los elementos de la relación acentúa el desarrollo del otro que, por ello, va a volver a situarse de manera inadecuada y así continuamente...

Por otro lado se conoce ahora la importancia de ciertas formas de depresiones maternas perinatales en la formación de esta peligrosa espiral.

Las psicosis puerperales

Incluso las psicosis puerperales ganarían sin duda siendo conceptualizadas de manera interactiva por la vía de las identificaciones proyectivas y narcisistas que infiltran masivamente el funcionamiento interactivo de la madre y que terminan por reducir de tal manera el espacio de libertad del bebé que éste no puede actuar sino confirmando la imagen de objeto malo que la madre proyecta sobre él.

Ahora bien, es sin duda únicamente cuando esta confirmación externa entra en colusión con las fantasías maternas inconscientes que la patología psicótica se exterioriza y se hace manifiesta.

Recientemente, en una conversación privada, D. Marcelli me remarcaba que D.W. Winnicott había sin duda idealizado un poco la "preocupación maternal primaria" de las madres psicóticas y que quizá había minusvalorado el riesgo de organización en "falso self" de los niños criados en contacto con ellas.

Esta idealización se basa probablemente en el impacto sobre D.W. Winnicott de las dificultades psíquicas de su propia madre lo que no hace sino ilustrar de otra manera el interés de una aproximación psicopatológica de la perinatalidad, para

una mejor comprensión –incluso a largo plazo– del devenir de las cosas.

Otros ejemplos podrían escogerse pero voy a dejarlo con el fin de concluir.

5. CONCLUSIONES

En principio quiero decir que interrogarse sobre el lugar de la psicopatología en el campo de la Psiquiatría Perinatal no remite únicamente a una posición teórica.

El lugar que se reserva a la psicopatología influye concretamente en la visión que se tiene del crecimiento y la maduración psíquicas del niño, de la historia de sus trastornos, de los medios terapéuticos de lo que uno se dota y, en fin, del tipo de investigaciones que se pueden poner en marcha.

Si se quieren mantener una concepción global del niño y de su devenir, el recurso a un modelo psicopatológico plurifactorial y de referencia psicodinámica sería probablemente la mejor garantía actualmente a nuestra disposición.

Quiero volver a repetir que, a mi entender, la Psiquiatría Perinatal no acaba con la metapsicología, sino que apela a ciertas modificaciones y profundizaciones completamente apasionantes en el seno de este nuevo campo de aplicación y de utilización.

Por fin, quiero subrayar claramente el interés de una aproximación psicopatológica capaz de permitir una clínica que pueda ser conjuntamente descriptiva, interactiva, contratransferencial e historicista.

Incluso los bebés tienen necesidad de una historia y de una historia que no sea únicamente la genética. Ahora bien, esta historia pasa invariablemente por la historia de sus padres y de las filiaciones de éstos. El bebé pre-edipiano es pues

colocado de entrada en las redes de la organización sexual y edipiana –exitosa o bloqueada– de los que le cuidan.

Reciprocidad y asimetría son así los dos pilares del funcionamiento interactivo, de aquí el peso formidable de los efectos del reencuentro que impiden cualquier predicción pero que crean, al contrario, un cierto espacio de libertad para el niño y su desarrollo.

Tal es sin duda una de las más hermosas lecciones de la modernidad, lección fácil de aprender pero a la vez también fácil de olvidar.

Agradezco su atención.

LA ESCUELA, “LUGAR TERAPÉUTICO”: ¿PARA QUÉ PATOLOGÍAS?*

D. Bürgin**

En la **paidopsiquiatría contemporánea**, se distinguen al menos tres pilares que proporcionan también unos modelos más o menos causales para comprender la psicopatología:

- El registro **biológico** con todas las estructuras genéticas y cerebrales.
- El registro **psicológico** con todo el universo intrapsíquico y las relaciones fantasmáticas.
- El registro **social** con todos los factores del entorno y de las relaciones exteriores.

El niño y el adolescente son **seres en desarrollo** y su estructura de la personalidad viene determinada por un flujo continuo entre la relación continua entre el individuo y su entorno, del cual depende mucho. Así, **el entorno es una fuente de cambios**.

* Texto de Presentación realizada en la III Mesa Redonda “La escuela “lugar terapéutico” ¿para qué patologías? en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** Prof. D. Bürgin. Kinder- und jugendpsychiatrische. Universitätsklinik und- poliklinik.

La cuestión de una ***modificación del entorno*** representa una parte integral de cada plan terapéutico, sobre todo si la patología familiar parece rígida. La sintomatología es reactiva sobre los efectos del entorno y para que sea posible un **progreso del desarrollo** parece inevitable un cambio del clima emocional. Las experiencias externas están en interacción continua con el mundo intrapsíquico y los dos se influyen mutuamente. Cuanto menos intensivo se considera un tratamiento individual, más esencial parece la posibilidad de influir o de cambiar el entorno. Cuanto más grave parece la patología de un niño, más se manifiesta la necesidad de cambios dentro del entorno, por ejemplo por una **modificación de las situación escolar** (Schulmann R.,1979).

Toda función educativa de la escuela se inscribe dentro de la antítesis individuo-sociedad. Se encuentra en la búsqueda de una mediación, de un equilibrio de las necesidades individuales y de las necesidades colectivas. (Décobert S./Riquier M.,1995).

La escuela, un lugar de experiencia grupal, puede proveer no sólo unas **relaciones con los adultos** que hay que cuidar, que “nutren” al niño y que permiten, por medio de **identificaciones correctivas**, unas **experiencias emocionales correctivas**, sino que también puede garantizar una **educación normal o especializada** que se adapte a las necesidades del niño, que pueda permitirle **adquirir un saber hacer, una maestría en ciertas acciones** y que puede así contribuir a un **crecimiento del yo** así como a una **mejora de la autoestima**. Dentro de ésta perspectiva la escuela abre las puertas para experiencias transicionales en el sentido de Winnicott.

Algunas teorías sociopolíticas perpetúan las **desigualdades de oportunidades** ante la cultura. La escuela no tiene la ambición de ofrecer la igualdad total y no llega a reducir ciertas desigualdades, sino que parece, por el contrario, reforzarlas y oficializarlas. La **verdadera base de la desigualdad** con-

siste en haber vivido situaciones de carencia dentro del holding de las relaciones primarias por razones físicas, psicológicas o sociales.

Hay que distinguir al menos tres tipos de escuelas especiales:

- La **pequeña escuela muy personal** que funciona como sustituto familiar y que se adapta muy bien sobre todo a niños abandonados o deprivados.
- La **escuela especializada** para niños con trastornos del aprendizaje o de conducta. Este tipo de escuela provee como agente terapéutico no sólo la comprensión, la tolerancia y la guía, sino también una separación de la familia y una adaptación a las necesidades especiales de los niños.
- El **internado sin especialidades**, pero que ofrece una buena educación, disciplina, una autoridad natural, una tradición grupal y una cierta separación de la familia. El efecto terapéutico en el sentido amplio del término se manifiesta (sobre todo para los adolescentes rebeldes) por la separación de unos padres autoritarios, frustrantes o demasiado controladores, por una reducción de las restricciones no razonables, por unos límites y reglas claras y transparentes y por una autoridad no-personal.

La **enseñanza especializada** instituía una estructura de asistencia y de perfeccionamiento, dirigiéndose a esos niños fuera de la norma. Ha evolucionado de una acogida de los deficientes a su perfeccionamiento y su reeducación, y se ampliaba a la readaptación y a la prevención.

Es sobre todo para los débiles mentales ligeros y medios y los handicaps motores y sensoriales (sordos, ciegos, amblíopes) que están considerados como deficientes educables y para quienes se ha puesto en marcha la creación de **clases especializadas** para handicaps medios. La **pedagogía curati-**

va se ha inclinado por las carencias de cuidados, las disociaciones familiares, los trastornos característicos y la delincuencia constituyendo casas, pueblos de niños, externados e internados médico-pedagógicos. Los **equipos médico-psicopedagógicos pluridisciplinarios** no sólo se componen de reeducadores de la psicomotricidad, ortofonistas, psicopedagogos, sino también de psicólogos, psiquiatras infantiles y de adolescentes y psicoterapeutas. Al margen de las **rivalidades de status** y del **temor a una “psiquiatrización”**, el **encuentro de puntos de vista diferentes** y la **estimulación recíproca** con la elaboración de puntos de vista comunes –que se pueden hacer en reuniones de armonización– se ha mostrado lo suficientemente fuerte para sobrepasar los posibles intereses contradictorios.

El modelo médico de la terapia contiene una enfermedad, un paciente y una persona terapéutica. Esta última va a **definir la enfermedad según un cuadro médico teórico o científico** preconcebido. La definición aplicada establece no sólo la naturaleza y etiología de la enfermedad, sino también la forma del tratamiento. El método médico de diagnóstico crea el paciente. El modelo pedagógico define el estado del niño según unas normas escolares.

El psicoanálisis del niño aporta unas hipótesis explicativas y unos métodos terapéuticos. **La pedagogía psicoanalítica** se basa en la represión de la sexualidad infantil como posible inhibidor del rendimiento de la inteligencia y de la personalidad. Se interesa en la dificultad para renunciar al poder-absoluto, a la prohibición de la curiosidad sexual y la represión de los pensamientos conectados a representantes pulsionales. (No hay que olvidar una cierta eficacia educativa de los terapeutas).

Cada ***equipo multidisciplinario*** refleja una forma de fragmentación teórica, como si el paciente hubiera sido dividido en varias partes (Vanderpol M. 1979). Convertirse en un paciente

paidopsiquiátrico corresponde pues a un objetivo difícil, lleno de riesgos y aventuras, y necesita de una confianza enorme ofrecida de antemano por parte del niño.

El **contexto de la educación** forma el cuadro, por el cual la sociedad transmite el saber y las formas de interacción habituales. La **familia** provee la educación de las interacciones de todos los días. La **escuela** es responsable de una pedagogía normativa con planes de estudio, estimulando las capacidades cognoscitivas, pero también de una adaptación del niño a la vida en grupo.

Los **conflictos que surgen a lo largo del desarrollo** de un niño o de un adolescente no sólo dependen de los acontecimientos biológicos o psicológicos (intrapésicos o intrafamiliares), sino también de las acciones estructurantes y reguladoras del mundo exterior. Así la **escuela pública** ofrece un entorno grupal específico con intercambios continuados entre el niño y los otros niños de su misma edad, entre el niño y los educadores y entre las familias y la escuela. Si bien algunos niños llegan a defenderse fácilmente en la escuela, la “solución escolar” es para muchos de ellos que dependen de la experiencia estructurante del éxito rápidamente conflictualizado, porque contiene la introducción de un tercer intermediario.

Este lugar de interacciones continuadas es un lugar importante que influye en el curso del desarrollo del niño. Ahí, **se encuentran** los dos modelos mencionados: el **modelo psiquiátrico-psicoterapéutico** y el **modelo pedagógico**. La persona “Psi” encontrará en la escuela un entorno no terapéutico sino educativo, con un ambiente diferente del setting terapéutico y unos estándares profesionales particulares. **El lenguaje de los educadores no es el mismo que el de los psicoterapeutas** y habrá que encontrar un lenguaje común.

En este punto **surgen las siguientes cuestiones**: ¿Qué **integración** de los dos modelos puede llevarse a cabo implícita o explícitamente sin que se instale una fusión entre los dos?

¿Qué **diálogo** y qué **contrato** entre los protagonistas de cada modelo (Psi y Pedagógico) emergerá, qué **colaboración** se establecerá? ¿La unificación lograda será capaz de facilitar un contexto de cooperación mutua? Probablemente, esto último reflejará de forma articulada los conceptos y el modelo de los roles no sólo terapéuticos sino también pedagógicos. ¿Qué actividades de las dos partes podrán ser aceptadas o rechazadas por cada parte? Habrá que tener en cuenta **intolerancias** por parte del sistema pedagógico en lo que concierne a las desviaciones y también las **resistencias** que surjan repentinamente en la colaboración.

El principio de integración de los niños necesita de **buenos diagnósticos**. Así, se deben examinar no sólo los trastornos del funcionamiento del pensamiento directamente ligados a los avatares de la construcción de la vida afectiva y de la personalidad, sino también las reacciones psicológicas hacia los trastornos instrumentales o hacia las situaciones familiares o sociales.

El rol de un psicoterapeuta en el marco de la escuela es el de un **consultor** de un sistema institucional específico operante como facilitador de procesos intrapsíquicos. Esta función se cuestiona, se ve afectada por las cuestiones del poder, de la autoridad, de las responsabilidades, del respeto, etc., y desata entre los participantes –al margen de todas las influencias en la atención y aprendizaje– muchos movimientos inconscientes. La persona Psi ayuda al educador a tolerar emociones muy intensas y a marcar los límites personales y sistemáticos necesarios. Será tan eficaz como tenga conocimiento de las fuerzas organizadoras del contexto pedagógico, en el cual opera, y como se ofrezca para presentar puntos de vista diferentes a los aspectos pedagógicos, pero compatibles con ellos.

Parece indispensable que se establezca un **acuerdo común** sobre los fenómenos que serán considerados como normales,

mal adaptados, patológicos o destructivos. En cada situación clínica se deberá adquirir una visión compartida, tallada sobre las calidades específicas del caso individual y partiendo de una apreciación común del valor del estado físico, de la situación social (de la escuela y de la familia) y del funcionamiento psíquico (desarrollo, conflictos). También habrá que aclarar “quién hace qué” en todo momento para evitar que los dominios de actividad diferentes no se interfieran inútilmente. En principio, **los educadores están al frente** donde deben actuar casi sin protección. Pero, precisamente por este hecho, disponen de tantos medios de intervención como carece la persona Psi. La clase puede convertirse así en un lugar muy importante para ciertas intervenciones preventivas o curativas.

La adaptación de un niño o de un adolescente **al funcionamiento de un grupo** de personas de su misma edad y la adaptación a una **demanda de actuación normalizada** son objetivos continuados. Ese **lugar educativo**, por muy lleno de comprensión y muy rico en información sea jamás podrá remplazar al acercamiento psicoterapéutico.

Problemas cruciales acompañan los esfuerzos de las dos profesiones: la escuela, ¿es un **lugar detector** de un funcionamiento patológico del niño o del adolescente o es un **lugar terapéutico**? ¿Qué hacer para que cumpla las dos funciones, una después de la otra? ¿Cómo llegar a una situación, en la cual el niño como persona e individuo no sea víctima de una fragmentación inducida por los diferentes puntos de vista profesionales? La persona Psy en la clase tendrá una ocasión única de observación y puede que incluso de una intervención preventiva directa. Verá lo que es posible y lo que no dentro ese entorno. Pero también podrá ser considerada por el niño como una figura penetrante que irrumpe en el espacio que hasta entonces pertenecía al niño.

Para muchos niños y adolescentes provenientes de ambientes pobres, de ghettos, de situaciones de malnutrición

o de negligencia, la escuela se presenta como un **lugar de estimulación**. Presenta programas que respetan los cambios naturales de desarrollo físico y psíquico, y ofrece continuas posibilidades de aprendizaje.

La escuela ideal como lugar terapéutico, favorece –por la interacción, el intento, el gesto de autonomía y no por una presión externa exigente– el **despertar natural del deseo**, de la **curiosidad** y del **juego**, fuerzas internas del individuo, llevando al niño o al adolescente a realizar **experiencias de aprendizaje** que permiten por medio de la repetición una **actividad correctiva**. No sólo las **interacciones sociales** y el comportamiento, sino también **la asimilación del conocimiento y del saber**, son aligerados con la ayuda de una **actitud de reconocimiento y de recompensas**. **Sostiene las capacidades presentes** del individuo sin perjuicio de sus debilidades. Mantiene abierto un **espacio transicional**, en el cual el boceto pesa más que el definitivo, pero de donde sobresale el sentimiento de ser una persona que cambia y que sigue siendo la misma a la vez.

La calidad personal del instructor es muy importante, ya que sabe **suavizar los conflictos por un holding de la relación primaria**. La identificación sucesiva de los niños favorece los estudios a través del deseo de ver, de saber, de demostrar, de analizar o de construir. La fase de latencia con su inhibición de las pulsiones en cuanto a los objetivos, favorece la curiosidad intelectual y la maestría. A menudo el educador debe soportar proyecciones repetitivas y agresivas por parte de los niños y de los padres. Hay que **revalorizar la especificidad del rol del educador** quien se encuentra muchas veces solo en su trabajo cotidiano, y **reconocerlo como especialista de la ciencia de la educación**.

El instructor ideal presta atención a todas las señales de “**estrés**”, es decir a toda comunicación –verbal o noverbal y manifestándose con síntomas diferentes en todas las edades–

indicando una transgresión neta del equilibrio adaptativo del niño. Conoce el **curso normal de desarrollo**, sabe realizar el **diagnóstico de un retraso**, valorando las adquisiciones de la **percepción**, la **motricidad** y de la **expresión afectiva** del niño, y detectará todo **movimiento regresivo**. Su **apreciación diagnóstica** es de gran valor predictivo, sobre todo en lo que concierne a la hiperactividad, la hiperagresividad, los trastornos de la atención, la desviación y la violencia. Conoce las **dificultades de toda transición** (por ejemplo: de la guardería a la escuela primaria, de la escuela primaria, a la secundaria con su pluralidad de educadores) y está al corriente de la tendencia habitual y continua de los niños y los adolescentes a hacer **transferencias** parentales. Respeta las **diferencias de facilidad de aprendizaje** entre los sexos, las edades, los medios culturales y los entornos sociales, es decir, es el especialista de un **acercamiento pedagógico que se orienta al desarrollo específico del individuo**. Considera a los **padres como aliados** que comparten esfuerzos y mantiene un diálogo continuo con ellos haciéndoles partícipes de la escuela. (Los niños que descienden de padres de una clase social baja hacen por ejemplo, progresos cognoscitivos claramente mejores si sus padres han recibido ayuda de los educadores para jugar a juegos educativos con ellos. (Clegg B.E.,1971)). También se da cuenta de que **la escuela no puede compensar las deficiencias sufridas** por un niño. Pero nunca dejará escapar la ocasión de enseñar a sus alumnos **alternativas posibles**. Actuando como yo-auxiliar, abre a sus alumnos las puertas hacia **nuevas experiencias**. Sabe que cada actividad que realice deberá estar basada en una **perspectiva relacional**, particularmente en lo que concierne a la maduración sexual.

Una escuela que está basada en el concepto de desarrollo de enseñanza, que favorece un aprendizaje no sólo cognoscitivo, sino también afectivo, que anima los esfuerzos de un acercamiento pedagógico personalizado y orientado hacia la resolución de problemas y hacia una evolución de una

actividad grupal democrática entre los alumnos, puede ser considerada como un lugar terapéutico. Ya que el niño o el adolescente está estimulado por todos los lados para desarrollar sus capacidades, para establecer y sostener unas relaciones significativas. Una escuela así intervendrá, tras la identificación de problemas, antes de que los problemas queden fijados. Será un lugar de experimentación y de entrenamiento para aprender cómo las emociones y los estados afectivos pueden estar comunicados de manera humana y con un mínimo riesgo. Al lado de todos los demás objetivos, su preocupación primordial será el establecimiento de relaciones con los otros que respeten las necesidades de cada niño, que proporcionan unos límites claros y transparentes y que se basan en un respeto mutuo, en la igualdad y en la dignidad.

Las funciones triangulares precoces y la triangulación edipiana son indicadores de que el niño dispone de una **capacidad** de separación, de distinción y de comparación. Esta capacidad es una condición básica para entender que no sólo existe un mundo exterior sino también un mundo interior y una relación de intercambio entre los dos. Los **fantasmas intrapsíquicos inconscientes** caracterizan el pensamiento interno, mientras que las experiencias y lo vivido en el mundo son activadores de un pensamiento que se orienta hacia el mundo exterior.

Toda **tendencia pulsional o narcisista** tiene un interés por el mundo exterior y busca a realizarse dentro de éste. La actividad fantasmática prepara el camino en un sentido positivo o negativo, funcionando como “interface” entre lo de dentro y lo de fuera. Está fundada y se constituye sobre la simbolización y la sublimación.

La simbolización permite amalgamar dos partes totalmente diferentes o que se excluyen mutuamente, pero que están investidas en un solo interés o en una emoción específica similar. Por esta función **liga el mundo de dentro al de fuera**, ya

que las significaciones simbólicas individuales de las acciones de un niño pueden ser innumerables y polivalentes. (esto es también válido para la lectura, las matemáticas, la gramática, la geografía, la historia, el dibujo, etc.)

La sublimación es probablemente responsable de que la fuerza pulsional se transforme en la escuela en un interés intelectual. El deseo de descubrir, de saber y de lograr son resultados sociales muy aprobados de estas actividades transformadoras. El niño en edad de latencia viviendo durante algunas horas dentro del grupo escolar, se encuentra –con al ayuda de actividades de comparación y de identificación– dentro de un proceso continuo de ajuste y equilibrio.

La escuela utiliza el deseo de saber y de instruirse del niño, ya que los conocimientos forman un medio de controlar la ansiedad, teniendo la función de contrapeso en el mundo exterior contra las angustias internas. Marca un elemento nuevo dentro del desarrollo de niño, ya que **favorece un desplazamiento de los intereses del mundo interior hacia el exterior** (de los hechos elementales a las leyes generales) y aumenta las satisfacciones del yo. (Lebovici S. 1978). El educador ofreciendo su simpatía y su comprensión reduce el atasco debido al fantasma de una persona castigadora. Por su comportamiento acogiendo el miedo de una herida narcisista puede estar contenido más fácilmente por el niño que de no de así se retira a sueños compensatorios. Su reconocimiento de rivalidades estimulantes no-denigrantes prepara un campo de experimentación exterior atractivo, que se opone a una simple repetición de conflictos infantiles interiores en el mundo de fuera.

La pedagogía puede tener **efectos curativos** dirigidos a la **reconstrucción de la personalidad** y a **suaves empujes hacia pasos de maduración**. Cuanto menos señales de trastornos de la personalidad y menos marginales sean los síntomas del niño, más eficaces serán la **reeducación y la peda-**

gogía curativa, mientras que la psicoterapia sería más indicada para los conflictos neuróticos o persistentes de la más joven infancia.

Es útil distinguir la **transferencia de la vida de todos los días** en la escuela por una parte (que tiene tendencia a una puesta en escena nueva de los conflictos entre el niño y los padres con el educador) y los **movimientos transferenciales que surgen dentro del contexto psicoterapéutico** por otra parte. (Decobert S., 1967). El primero está definido por la tríada “niños, padres, educador” mientras que el segundo se caracteriza por la tríada “niño, padres, terapeuta”. La tendencia de reconstituir interacciones triádicas según los modelos intrapsíquicos existentes tiende a entrar en relación con dos polos fuera de la propia persona. El niño intentará manipular y dividir bien a padres y educadores, bien a padres y terapeutas, para que no se reúnan, ya que esto podría significar que se sintiera excluido. Esta **actividad proyectiva** del niño requiere una vigilancia continua bien de los educadores bien de los terapeutas a los movimientos dinámicos y a las tensiones que surjan.

Vuelvo a la pregunta que se expone en el título: ¿Para qué tipo de psicopatología la escuela podría tener una función como lugar terapéutico?

BIBLIOGRAFÍA:

- BERLIN I.N. The Rol of the School in Early Identification and Prevention. In Noshpitz J., Vol. IV pp. 303-311,1979
- CLEGG B.E. The Effectiviness of Learning Games Used bay Economically Disadvantaged Parents to Increase the Reading Achievement of Their children. Doctoral Dissertation, University of Wshington, 1971.
- DECOBERT S. Problèmes pratiques posés par les rapports de la neuropsychiatrie infantile et de la pédagogie. In: Ajuriguerra J. (ED.): Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. Masson, Paris, 1967.
- DEBOBERT S. RIQUEIR M.: L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE. IN: LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULÉ M.: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome IV, PUF, Paris, 1995, 2ème Ed. pag. 2809-2830.
- LEBOVICI S., SOULÉ M. Die Persönlichkeit des Kindes. Kindler München 1978. Französisch: La connaissance de l'enfant para la psychanalyse, PUF, 1970
- NOSHPITZ J.D. (Ed.): Basic Handbook os Child Psychiatry. Vol.I-V, Basic Books, N.Y., 1979
- SCHULMANN R. Environmental interventions. In: Noshpitz J.D. (Ed.): Vol IV, pag. 300-314
- VANDERPOL M. Mental Health Consultation in Schools: An Opportunity Missed or Salvaged? In; Noshpitz J., Vol IV, 534-540, 1979

PSICOTERAPIA DURANTE EL PERIODO DE LATENCIA*

C. Bursztejn**

Durante estos últimos años, la práctica paidopsiquiátrica se ha beneficiado notablemente los trabajos de los psicoanalistas sobre los dos extremos de su ámbito: los trabajos sobre el bebé y su madre han servido de apoyo para el desarrollo de nuevas formas de abordaje psicoterapéutico de los trastornos más precoces; asimismo, gran cantidad de trabajos psicoanalíticos sobre la adolescencia han ayudado a evolucionar considerablemente los abordajes clínicos y terapéuticos.

Sin embargo, aquellos que como yo trabajamos en instituciones para niños, no podemos menos de observar y lamentar que el período de latencia, justo donde se sitúa la mayor parte de nuestra clientela al menos desde el punto de vista cronológico, haya sido mucho menos estudiado.

El propio FREUD, aunque dio mucha importancia a esta noción a lo largo de toda su obra, en realidad le dedicó muy pocas páginas.

* Texto de Presentación realizada en la IV Mesa Redonda "Elección de la psicoterapia en niños y adolescentes" en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

Traducción realizada por Xabier Tapia psicólogo clínico.

** Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent-Hopital du Hasenrain-Mulhouse.

¿Es acaso el periodo de latencia la cenicienta del psicoanálisis y de la psicopatología del niño?

Es innegable que en comparación con el fragor y el brillo de la adolescencia y los misterios fascinantes de los recién nacidos y de las interacciones precoces, la imagen del escolar ceñudo y enfurruñado resulta menos atractiva.

Hay que recordar en este sentido los importantes artículos de Serie LEBOVICI, de René DIATKINE –y aprovecho la ocasión para rendir homenaje a su memoria– de Paul DEMS, de Raoul MOURY (con una notable e importante contribución al tema de la transferencia durante este período), así como los trabajos de C. CHILAND sobre el niño de 6 años.

Pero la mayor parte de estos trabajos remontan ya a más de 10 años e incluso a más de 20; y sin embargo las condiciones de la infancia han sufrido enormes cambios, tanto a nivel de la estructura familiar como de las relaciones con el entorno social representado por la escuela y con la cultura que dicho entorno transmite; todo esto bastaría para justificar una actualización del tema y es lo que yo quisiera proponer como tema de discusión en esta mesa redonda.

FREUD señala que la latencia está marcada especialmente por la represión y el proceso de sublimación. De lo dicho por él se ha sólidamente deducido con demasiada facilidad en las diferentes vulgarizaciones esquemáticas del psicoanálisis que se trata de un período silencioso. En realidad, tal como lo señala FREUD en “Inhibición, síntoma y angustia” y tal como se observa en la clínica cotidiana, durante este período, la fantasmática sexual e incluso cierta actividad genital están muy presentes. J.Y. Hayez ha publicado un artículo al respecto.

En esta edad, los motivos de consulta son muy variados y van desde la enuresis a las fobias, que a veces resultan agobiantes. Sin embargo, gran parte de estos motivos tienen que ver con los diferentes tipos de dificultades escolares: inhibición

o fracaso en los aprendizajes que desvelan a menudo una conflictividad familiar más o menos compleja. Sabemos también que la ausencia de síntomas en esta edad puede revelar la presencia de un control agobiante de los movimientos pulsionales –favorecido por la educación– que puede dar lugar más tarde, especialmente en la adolescencia a patologías graves (neurosis obsesiva, anorexia mental).

Contrariamente a las nociones de estabilidad y de quietud asociadas a menudo a esta edad, durante el período de latencia, tal como lo señala Paul DENIS, se producen importantes reajustes psíquicos que afectan tanto a la economía objetal como a la narcisista. Son muchos los autores que han subrayado la importancia de las presiones pulsionales durante la latencia: Bertha BORNSTEIN, en su ya clásico artículo, habla de la importancia central de la lucha contra la actividad masturbatoria con la que relaciona gran parte de la sintomatología de este período, especialmente la comportamental. El grado de intensificación de los mecanismos de defensa está en relación con esta presión pulsional, y por lo que respecta a los casos que nosotros vemos, se trata más de formación reactiva, regresión o represión que de sublimación, con las secuelas consiguientes de inhibición y obstaculización de los procesos de pensamiento.

ABORDAJE PSICOANALÍTICO DURANTE EL PERÍODO DE LATENCIA

Una de las mayores dificultades del proceso psicoterapéutico se encuentra precisamente en estos movimientos defensivos: a diferencia del período anterior, el niño proyecta con mucha mayor dificultad su mundo fantasmático sobre el material de juego o de dibujo. Retomando la expresión de P. DENIS, se constata ahora “un vuelco en el régimen de intercambios con los adultos”: mientras que durante el período edípico, los padres, así como los demás adultos, eran objetos susceptibles

de satisfacer las pulsiones y los demás niños eran vividos como rivales, durante la latencia, son los padres los que aparecen cada vez más como prohibidores de las satisfacciones pulsionales, mientras que los niños de su edad comienzan a ser Investidos de forma positiva.

La relación con un adulto, especialmente en una situación dual, es vivida como una invitación peligrosa a volver a un sistema de investimento anterior, o incluso como un intento de seducción. De ahí que no nos extrañe que el niño haga todo lo posible para reconducir la situación analítica, a priori extraña, hacia la banalidad de una relación pedagógica. De entrada, el terapeuta le resulta a menudo un personaje peligroso: una especie de juez inquietante y persecutorio a quien va a tener que “contarle todo”, tal como le han dicho los padres más o menos enterados de eso del psicoanálisis, o una especie de profesor o pedagogo con el que tiene problemas desde hace tiempo. Pero y sobre todo, es posible que viva esta propuesta de un nuevo interlocutor para sus demandas y quejas que él quisiera dirigirlas a sus propios padres, como un “escaqueo” y una amenaza.

Ya desde los orígenes de la aplicación del psicoanálisis al niño se han solido señalar las dificultades del abordaje terapéutico durante este período. Hug HELLMUTH aconsejaba utilizar trucos para “romper el hielo” proponiendo por ejemplo, que el analista le pida al niño que le ayude a quitar una mota del ojo.

La famosa controversia entre Anna FREUD y Mélanie KLEIN tenía que ver precisamente con las condiciones del inicio de un tratamiento psicoanalítico a esta edad: Anna FREUD insistía en la importancia de una fase preparatoria del análisis para lograr la colaboración del niño. En la medida en que no se trataba todavía de abordar los elementos inconscientes, diferenciaba claramente esta fase del análisis propiamente dicho. Incluso en un artículo de 1926, bastante antiguo, habla de su pelea por ganarse el afecto de un niño.

Por el contrario, Mélanie KLEIN rechazaba esta noción de fase preparatoria: el terapeuta se sitúa de entrada en una relación analítica basada en la interpretación: es la justa interpretación la que muestra al niño que es comprendido y la que le va a permitir implicarse cada vez más en el proceso analítico. Así pues, para Mélanie KLEIN es en la actividad interpretativa del analista donde se fundamenta el marco analítico y no en maniobras más o menos seductoras.

De todos es conocido que estos debates marcaron profundamente el movimiento psicoanalítico. Sin embargo se puede observar que, a partir de una serie de citas de su obra, se ha solido caricaturizar la posición de Anna FREUD, que dicho sea de paso, evolucionó en sus posiciones a lo largo de su obra. En el fondo, este debate es similar al que se enfrenta todo analista ante un niño latente, atrapado entre el riesgo de implicarse, a menudo bajo la presión del entorno, con un paciente cuyas resistencias no pueden más que llevarle a una situación de impasse o, a la inversa, establecer una relación bastante positiva, pero en la que lo más importante queda sin abordar hasta el punto de que se llegan a olvidar incluso los motivos por los que se ha consultado. Al niño "le gusta mucho venir a dibujar" siempre y cuando el horario no le impida ver sus programas de televisión favoritos. La psicoterapia pasa a ocupar un hueco más entre las reeducaciones o las actividades de los miércoles, y llega a ser más o menos aceptada siempre que no interfiera con otras actividades más atractivas. Incluso puede llegar a haber una cierta mejoría sintomática que satisface al entorno, pero el proceso psicoterapéutico sigue atascado (si es que ha comenzado: ¿se trata de análisis interminables o nunca iniciados?).

Teniendo en cuenta la presión social (de la escuela, de los padres e incluso de otros educadores) que se ejerce sobre los terapeutas de niños y dada la cantidad de familias que llegan a los centros públicos sin tener una idea clara de lo que puede ser un proceso terapéutico, y menos en los niños, tal vez

haya que plantear de nuevo la conveniencia de una fase preparatoria: pienso que antes de iniciar una psicoterapia propiamente dicha, puede ser útil empezar, durante un período más o menos largo, por las “consultas terapéuticas” con los padres aunque, si lo acepta, también se le puede ver al niño solo. Se trataría de elaborar la demanda, de resituar dentro de una cierta historicidad los sintonías del niño así como los elementos significativos de su historia y de su familia. Esta fase inicial forma parte del proceso terapéutico, en la medida en que al niño le sirve para situarse, a veces por primera vez, dentro de un relato. Esta relación que se establece con el niño y con la familia, va a hacer que se pueda plantear un encuadre más formalizado dentro del cual poder desarrollar la psicoterapia propiamente dicha. Como señala Raoul MOURY, este tiempo de trabajo preparatorio está dirigido tanto, si no más, a los padres como al niño: tal como él lo indica, se trata de ayudarles a descolgarse de las proyecciones narcisistas sobre el niño (representante de su omnipotencia narcisista que lo convierte en un ideal del yo inaccesible, en un objeto persecutorio). Se trata, así, de ayudarles a percibir tanto la realidad como la subjetividad del niño y de escuchar el sufrimiento psíquico expresado a través de sus comportamientos de rechazo o de oposición, vividos por el entorno de forma persecutoria.

Entre otras cosas, lo que está en juego durante este período preparatorio es el poder mostrar tanto al niño como a los padres en qué lugar sitúa el terapeuta su escucha. Desde este punto de vista y contrariamente a la clásica prudencia de Anna FREUD, ya desde ese momento se pueden hacer algunas interpretaciones que pueden resultar útiles para ayudar al niño a diferenciar al terapeuta de otros adultos.

Como señala SARNOFF, la función principal de gran parte de las producciones del niño durante este período, como las historias que inventa, es la de controlar los afectos. Todos los terapeutas de niños conocen bien las dificultades para hacer asociar al niño a partir de un material, dibujos, sueños... (como

afirma B. BORNSTEIN el niño vive la asociación libre como una amenaza). Incluso el propio dibujo lo utiliza a menudo de forma resistencial, limitándose a dibujar formas convencionales y estereotipadas. La propia palabra puede resultar peligrosa: hace pocos días escuché a un niño que estaba con sus padres en el despacho de un terapeuta de mi Servicio, salir de él gritando: “no quiero hablar, hablar no sirve para nada”.

LAS TRANSFORMACIONES DE LA CLÍNICA

A estas dificultades recogidas desde hace tiempo en los trabajos ya citados hay que añadir otras que tienen que ver con las modificaciones de las patologías que encontramos al inicio: en efecto, junto a esta presentación del alumno enfurruñado que yo evocaba al comienzo, empiezan a aparecer otros cuadros cada vez con mayor frecuencia.

Me gustaría insistir particularmente en tres aspectos de la clínica de esta edad con los que yo me encuentro a menudo en mi trabajo:

1. Persistencia de la problemática edípica

La persistencia durante este periodo, que debiera de ser de latencia, de una problemática edípica, o incluso preedípica (“*latencia retardada o evitada*”). Se trata de niños –a menudo chicos– en los que aparece un vínculo muy erotizado con la madre que se manifiesta a través de la persistencia de trastornos a la hora de dormirse y acompañados a menudo de angustias fóbicas o incluso de rechazos o caprichos alimentarios, frecuentemente sustituidos por una oposición a los aprendizajes escolares que pasan a convertirse en ocasión o excusa para una relación de “atiborramiento” similar a la establecida alrededor de la alimentación. Esta estructura de relación consistente en un rechazo al cambio y en un “enganche” del niño a una relación exclusiva y pasional con la madre parece existir desde siempre: el

aparente predominio oral de esta configuración relacional enmascara de alguna manera la problemática edípica e impide su resolución. Al menos en mi experiencia, estas situaciones se producen muy particularmente en las familias llamadas “mono-parentales”, de hecho en las parejas madre-hijo en las que no interviene ningún tercero separador. Hay una resistencia muy fuerte al cambio, tanto por parte del niño –que vive al terapeuta como una amenaza directa contra los vínculos preestablecidos– como por parte de la madre que experimenta a menudo una satisfacción secreta manteniendo la ilusión de un maternaje que podría no terminar nunca.

2. Evolución de las patologías de la personalidad

La evolución de las *patologías de la personalidad* de la infancia plantean también en esta edad el difícil problema de cómo hacerse cargo de ellas –aunque en este caso la noción de latencia sea discutible ya que la problemática edípica no ha sido aún verdaderamente elaborada–.

No se trata tanto de las psicosis francas, autistas o no, de la infancia, que de hecho no plantean casi problemas específicos en este período (hasta se puede llegar a observar una cierta estabilización dentro del marco de un abordaje institucional capaz de garantizar una contención suficiente).

Nos referimos sobre todo a las *patologías límites* (disarmonías evolutivas), que durante este periodo pueden presentar un recrudecimiento sintomático, particularmente en forma de trastornos del comportamiento bastante violentos que pueden explicarse por la difícil confrontación con las exigencias escolares. Sabemos que estas manifestaciones de tipo caracterial suponen a menudo un momento crucial en la evolución hacia una estructuración psicopática. Hay que subrayar la importancia de un abordaje terapéutico para estos casos, a los que demasiado a menudo sólo se les proponen medidas educativas. Pero al mismo tiempo, hay que señalar que resulta extra-

ordinariamente difícil iniciar un trabajo psicoterapéutico con estos niños, dada su vulnerabilidad narcisista que se traduce a menudo en actitudes de prestancia y de provocación, con tendencia a desarrollar relaciones de dominio y de control tiránico del objeto. Dada la frecuencia de estos casos, bien merece una reflexión acerca de los tipos de abordaje más adecuados.

R. MISÉS, que ha contribuido de forma especial a la comprensión de estas patologías límites del niño, subraya la importancia de complementar el trabajo psicoterapéutico con un abordaje institucional que posibilite la iniciación de una serie actividades de mediación en las que el niño podría volver a encontrar a la vez un cierto placer de funcionamiento y algunas satisfacciones narcisistas que le permitirían reinvestir su propio pensamiento y revalorizar la imagen de sí mismo.

3. Adolescencia anticipada

Quisiera evocar una última modalidad sintomática que se presenta en forma de aparición precoz de una conflictividad y de una oposición adolescentes (*“adolescencia anticipada”*). Pienso que este tipo de presentación es cada vez más frecuente.

Se trata de niños que en su manera de hablar, de vestir y de actuar de forma tan abiertamente provocadora, “miman”, a menudo de forma caricatural y bastante antes de la pubertad, los comportamientos de los adolescentes. Más allá de los efectos de la moda, que sin duda juega un indiscutible papel, estamos asistiendo a la expresión de una serie de movimientos identificatorios de mayor calado que se ven favorecidos por determinados factores sociológicos (el fenómeno de las bandas que incluyen cada vez más a preadolescentes junto con jóvenes de mayor edad, la desorganización o incluso la desbandada de la estructura familiar, las dificultades cada vez mayores de la escuela para jugar su papel tanto en la socialización como en la transmisión del saber).

¿No será que en muchos de estos jóvenes, esta especie de huida hacia adelante y esta búsqueda identificatoria que les lleva hacia otros jóvenes apenas un poco mayores que ellos, no hace sino traducir su angustia y su desconcierto ante el desfallecimiento, tantas veces señalado, de la función paterna y más en general de la inconsistencia de las referencias parentales?

Todo esto nos lleva a replantear el problema –ya evocado por FREUD en las cartas a FLIESS en las que aparece por primera vez la noción de latencia– de la influencia de la educación y en general de las características sociales y culturales del entorno sobre esta fase de la evolución libidinal.

Pienso que habría que avanzar más en la reflexión sobre este tema que también aborda J.Y.HAYEZ en su artículo.

¿PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA?

WINNICOTT, en el artículo dedicado al análisis del niño durante el período de latencia, no opone el psicoanálisis a la psicoterapia, siempre que el terapeuta tenga una experiencia analítica. Pero no podemos precipitarnos deduciendo de este posicionamiento que toda relación entre un adulto benévolo, por muy analizado que esté, y un niño suponga de por sí un análisis.

Recordemos las dos condiciones necesarias señaladas por R. DIATINNE y J. SIMON, para que un proceso terapéutico pueda ser calificado de psicoanalítico:

- “tienen que darse una serie de modificaciones económicas y dinámicas que traduzcan una nueva transformación de la energía pulsional a nivel del yo y disminuyan los efectos negativos del automatismo de repetición (...)”
- “además, hace falta que estas transformaciones lleven a una cierta toma de conciencia de la actividad psíquica incons-

ciente; es la interpretación del psicoanalista al paciente, sea cual sea la edad, la que confiere a esta toma de conciencia su estructura específica (...)"

Todo esto nos lleva a subrayar una vez más la importancia del papel de la interpretación en el propio establecimiento del encuadre analítico. Hay que recordar que ha habido muchos debates acerca de la naturaleza y el nivel de la interpretación en el análisis del niño durante el período de latencia: al nivel más próximo al yo según la regla clásica, o, por el contrario, al nivel más profundo del material producido en la sesión, siguiendo a los autores kleinianos.

Hay que hacer mención también de los problemas planteados por la importancia de las resistencias a través del comportamiento. Habitualmente el niño suele recurrir a juegos repetitivos, única actividad admitida por él dentro del marco del encuentro y que le permite tomar el control de la situación a fin de bloquear a un nivel no peligroso y desexualizado. El dilema que se le plantea al terapeuta es el de saber en qué medida, y hasta cuándo, tiene que aceptar la repetición de un escenario manifiestamente defensivo, o, si por el contrario tiene que intentar interrumpirlo aun a riesgo de provocar pasos al acto repetitivos y tan poco accesibles a la interpretación.

S. LEBOVICI por su lado, insiste en la capacidad del terapeuta para identificarse con el niño y dar sentido a sus producciones siguiendo el modelo de la ilusión anticipatoria materna. Creo, en efecto, que hay que seguir insistiendo en el papel que juega en el período de latencia, así como en la adolescencia, el fenómeno de la identificación recíproca entre el niño en terapia y el niño dentro del analista, o mejor dicho, el fenómeno del contacto identificatorio, para traducir a menudo un carácter de inmediatez, de sorpresa para el niño, con efectos, a veces, bastante espectaculares en el desarrollo de la cura e incluso en la sintomatología. En cierta manera, el *squiggle* de WINNICOTT, en la medida en que esta sesión de juego

coloca al niño y al analista a un mismo nivel de funcionamiento al tiempo que da valor al proceso asociativo, favorece el movimiento identificatorio.

Todo lo que precede subraya la importancia del trabajo sobre la contratransferencia del analista en este tipo de análisis o de psicoterapia.

R. MOURY, en un número del Journal de la Psychanalyse de l'Entant dedicado a la transferencia, analiza muy bien la importancia y la dificultad de este trabajo. Lo dice muy bien el autor cuando refiriéndose a esta importancia capital afirma que frente a las resistencias del niño que tiende a banalizar y a desexualizar todo lo que puede la relación transferencial, "el terapeuta, a través de sus reacciones contratransferenciales, tendría que adivinar de alguna manera, soñar la transferencia". Pero, de esta manera el analista se ve confrontado con la reactivación de su deseo de omnipotencia infantil o de reparación. Oscila entre la tentación de connivencia identificatoria con el niño que puede empujarle a "arreglar sus cuentas" con los padres reales del niño o por el contrario, en un movimiento inverso, a "hacer de padre con los padres".

Está claro que al señalar estas dificultades no pretendo reforzar un sentimiento de pesimismo bastante extendido con respecto a las psicoterapias durante el período de latencia. Muy al contrario, pienso que es fundamental que haya más debates e investigaciones sobre el tema.

Pienso que, al igual que ocurre con la adolescencia, habría que desarrollar otro tipo de abordajes psicoanalíticos (grupo terapéutico, psicodrama) susceptibles de llevar al niño a interesarse por sus propias producciones psíquicas y a prepararse para un trabajo psicoterapéutico individual.

Pero esto nos lleva a replantearnos el problema de la formación de psicoterapeutas de niños. En Francia al menos, observamos que, en algunas instituciones para niños, estas

curas, cuyas dificultades técnicas ya han sido señaladas, suelen correr a cargo de terapeutas novatos.

En muchos países se está reflexionado sobre las condiciones de formación de los psicoterapeutas de niños; es un tema que actualmente provoca muchas discusiones y que desborda el marco de esta mesa redonda; aprovecho la ocasión para señalar rápidamente que es un tema que vamos a abordar dentro del coloquio de la AEPEA que va a tener lugar el próximo Junio en Strasbourg.

¿CÓMO TRATAR LOS RECHAZOS DE CUIDADOS DE LOS ADOLESCENTES?*

O. Halfon**

1. INTRODUCCIÓN

Hablar de los rechazos de cuidados de los adolescentes equivale a decir que, pese a los considerables esfuerzos efectuados recientemente, somos todavía poco capaces para crear estructuras de cuidados que les resulten suficientemente atractivas. A esto se añade una imprecisión en la política de cuidados, una mala definición de los objetivos y de las prioridades, una difícil accesibilidad a los cuidados, una insuficiencia del dispositivo institucional, y una falta de consenso acerca de las estrategias terapéuticas (¿para cuándo una conferencia para consensuar el abordaje de las TS de los adolescentes en las urgencias?), etc. Pero, de todas formas, sea por lo que sea, el manejo de los rechazos de cuidados, si los

* Texto de Presentación realizada en la V Mesa Redonda “¿Cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?” en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998

Traducción Paz San Miguel. Psicólogo clínico

** Profesor. Jefe del Servicio. Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Lausanne

adolescentes llegan hasta nosotros, continúa siendo problemático. Actualmente observamos un aumento del número de adolescentes que rechazan cuidarse, debido sin duda al aumento de los trastornos psíquicos externalizados en comparación con los trastornos internalizados: aumento de los pasos al acto, de las tentativas de suicidio, de las conductas de adicción en sentido amplio; en resumen, de hecho, aumento de lo que podríamos llamar la violencia adolescente.

Hablar de una “adolescencia violenta” implica hablar:

- De la violencia inherente a toda adolescencia, tanto en el plano individual como en el plano de la disputa social.
- De la violencia de toda imposición social: es el problema de los límites que debe reencontrar todo adolescente cuando las prohibiciones se interiorizan.
- De la violencia de las respuestas de nuestra sociedad a la crisis de identidad y social de la adolescencia, que parece constituir lo que percibimos como una violencia actuada de la juventud, a la que nosotros, adultos, respondemos con otra forma de violencia y de agresividad: es subrayar la envidia de los adultos con relación a los adolescentes.

A lo largo de esta exposición:

- Comenzaré por interrogarme acerca de las razones que hacen que la adolescencia de hoy favorezca el rechazo de cuidados más que cualquier otro período de la vida.
- Continuaré con algunas palabras acerca de la psicopatología específica de los adolescentes que rechazan los cuidados.
- Seguidamente, describiré los ajustes, en curso, de nuestro dispositivo de cuidados
- Y terminaré mostrando cómo este dispositivo puede conllevar modificaciones psíquicas para estos adolescentes,

permitiéndoles empezar así un proceso terapéutico en el interior de una cadena de cuidados complementaria, multidisciplinaria y organizada como una red.

2. ¿POR QUÉ EL ADOLESCENTE TIENE UN RIESGO MAYOR DE RECHAZAR LOS CUIDADOS?

Esto remite a la noción de crisis y de ruptura en la adolescencia. Ustedes saben que este período de la vida se caracteriza por las conductas de fracaso: rechazo escolar a pesar de una inteligencia normal, fracasos en los exámenes, alternancia de comportamientos agresivos y masoquistas, tendencia a actuar los conflictos más que a reconocerlos, en consecuencia, evidentemente, una dificultad para la demanda de cuidados. Este momento de reorganización psíquica que aparece en la pubertad se encuentra dominado por el refuerzo de la depresión subyacente que siente el aparato psíquico a lo largo de toda la existencia, por las interrogaciones acerca de la identidad, por una “desorganización” de las identificaciones anteriores y por el recurso a la idealización y su corolario, la decepción. El adolescente a la par ama y ataca a los adultos, siente “odio”; se revuelve contra ellos y, finalmente, es extremadamente dependiente. La pubertad, ciertamente, se espera, pero siempre resulta una sorpresa para el adolescente, que se encuentra a menudo angustiado, decepcionado y desilusionado frente a lo que imaginariamente e inconscientemente esperaba.

La multiplicidad de las conductas desviadas, su labilidad, el carácter transnosográfico de los trastornos, la necesidad de mantener un anclaje familiar y social, otros tantos parámetros a tener en cuenta en la creación de estructuras de cuidados para los adolescentes. Si se añade la necesidad de que estas estructuras sean de fácil acceso, la dificultad encontrada para su puesta en marcha es fácilmente comprensible: finalmente, cualquiera que sea el nivel de seducción que una institución

sepa desplegar, no se puede dejar de lado que el adolescente debe tener también un mínimo de demanda de cuidados.

Habida cuenta de sus contradicciones, ¿cómo hacer para que el adolescente pueda consultar, pedir cualquier cosa a los adultos, es decir tolerar el depender de ellos? Cuanto más necesitado esté el adolescente con relación a los cuidadores, mayor será el riesgo de que se sienta amenazado, manipulado, avergonzado, humillado, pasivizado, véase penetrado, y el rechazo de los cuidados es una forma de salir de esta paradoja. En el rechazo de los cuidados hay una demanda de carácter paradójico puesto que la necesidad del otro es desconocida al mismo tiempo en que se le solicita pedir cualquier cosa a los adultos –y más todavía a los “psi”– equivale a arriesgar su identidad.

3. ¿A QUÉ ESTRUCTURAS PSICOPATOLÓGICAS CORRESPONDEN MÁS ESPECÍFICAMENTE LOS ADOLESCENTES QUE RECHAZAN LOS CUIDADOS?

En el centro del proceso adolescente reina la violencia de ser, la violencia de existir, y estos adolescentes, lo más a menudo, no siempre, no todos, que rechazan los cuidados son sujetos violentos, que no han podido establecer suficientes representaciones psíquicas.

Estos adolescentes se hallan frecuentemente en la incapacidad de identificar su estado afectivo. Tienen, a menudo, una identificación con un héroe imaginario, identificación que proporciona fuerza a un Yo, por otra parte, incapaz de ocultar o de dominar los conflictos internos encontrando un lugar en el grupo de iguales, a título de delincuente. BALIER añade: “Esta forma de proceder coloca al sujeto fuera del campo terapéutico, a menos que la confrontación con un fracaso haga un día surgir la depresión”. Evidentemente, es en este momento cuando el dispositivo tiene que estar presente.

En los casos más graves, retomando el concepto de RACAMIER, estos adolescentes estarían en lo incestuoso. Lo incestuoso no es el incesto realizado, sino una seducción narcisística cerrada, precisamente sin representación fantasmática. Añade: “una fantasía no fantasía”. Estos adolescentes no han podido separarse del objeto maternal, siendo el corolario una confusión de los estados afectivos calificado como “de engranaje”, es decir que el adolescente no puede tener una representación de lo que siente. La negación de la ausencia del objeto, que es por consiguiente negación de la realidad, mantiene esta forma de relación narcisística, evitando el sufrimiento de la pérdida pero también impidiendo el advenimiento del sujeto.

Estos adolescentes “violentos” no han elaborado los conflictos entre las necesidades narcisistas y el reconocimiento del objeto, entre las pulsiones del Yo y las pulsiones sexuales, desembocando en una falta de integración de la violencia por la libido objetal y en un riesgo de desorganización y de indiferenciación. El recurso a la violencia se puede entender como paliativo del defecto de libido narcisista, siendo vivida la invasión del objeto como una amenaza de aniquilación.

Con relación a estos adolescentes, la noción de pasivación de la que habla GREEN me parece particularmente operante. Más exactamente él ha utilizado el término “pasivización” para señalar la tentación que consiste en querer volver a la dependencia de los cuidados maternos. Esto es, quizá, lo que las estructuras de cuidados pueden ofrecer acompañando a ciertas formas de regresión.

Debemos preguntarnos a qué estadio del desarrollo afectivo han quedado ligados, cuáles son sus carencias identificatorias y de para-excitaciones, y a qué antecedentes remite su particular fragilidad narcisista.

Estos adolescentes pueden obtener un gran placer al afrontar físicamente, por ejemplo, a sus educadores en un

marco institucional, y salen apaciguados de un altercado violento en el que el adulto se haya mostrado como el más fuerte. La violencia está encaminada a instaurar un encuadre y lo constituye al mismo tiempo. En este sentido es buscada como un elemento estructurante y permanece ligada a la libido.

Hay que subrayar también cuánto el rol del marco familiar y la posición de los padres están intrincados con la psicopatología y la demanda o el rechazo de cuidados.

4. VOY A CITAR AHORA UN CIERTO NÚMERO DE ARREGLOS QUE PROPONEMOS EN EL SERVICIO DE LAUSANA PARA FAVORECER LA ASISTENCIA A LOS ADOLESCENTES

Todos los trabajos epidemiológicos recientes muestran que en el primer plano de los problemas de salud de los adolescentes se encuentran los problemas psíquicos. Cada vez son mejor detectados y conocidos. La utilidad de los tratamientos precoces, hoy en día, resulta evidente. De ello dependen los esfuerzos para la prevención de un handicap social ulterior, y los contextos familiar, escolar y social están a menudo implicados en la psicopatología del adolescente. Se requiere, por lo tanto, una aproximación global a la psicopatología del adolescente. Pero la dificultad sigue siendo el acceso a los cuidados de los adolescentes y su complicidad para el tratamiento.

Los profesionales de la salud saben por experiencia que las estructuras tradicionales, servicio de pediatría, servicio de psiquiatría de adultos, responden mal a las necesidades de los adolescentes. La mejora del abordaje de los trastornos psiquiátricos de los adolescentes pasa por la individualización de las estructuras de acogida y de cuidados específicos para los adolescentes.

Por ello, hemos **organizado “La Acogida-Consulta de los Jóvenes”**: acogida rápida con cita concertada previamente,

pero también sin previa cita. El interés de esta consulta está en su capacidad de acoger en las mismas condiciones al entorno significativo del joven, que podrá apoyar y favorecer la puesta en marcha de un tratamiento.

En efecto, si una estructura psiquiátrica ambulatoria, del tipo de la Acogida-Consulta para los jóvenes, trata de facilitar el acceso a los cuidados por parte de los adolescentes, alcanza particularmente su objetivo extendiendo su impacto al entorno social. Este último, inquieto o sobrepasado por los acontecimientos, dispone de un lugar de “refugio” al que puede incitar a acompañarle al adolescente, por ejemplo cuando se produce una situación de crisis. Así, no solamente la situación de crisis puede encontrar un eventual y rápido desenlace, sino que al mismo tiempo se ha creado la ocasión de hacer un diagnóstico en cuanto a la gravedad de la psicopatología del adolescente, véase, la ocasión de establecer con este una alianza terapéutica. Por entorno social debe entenderse los padres, las familias de acogida, los hogares, los enseñantes, los médicos y enfermeras escolares, los representantes de las instancias judiciales, los asistentes sociales, los educadores de barrio, etc.

El segundo arreglo atañe a las lagunas de la red: la idea de la dificultad de obtener la adhesión de un joven a un tratamiento psiquiátrico estaba tan extendida en la red que nos sometíamos a un cierto número de decisiones operatorias, impuestas a los jóvenes; ciertas colocaciones en hogares y sobre todo, para nosotros, numerosos ingresos forzosos en hospitales psiquiátricos. El ingreso forzoso mantiene al adolescente al margen de decisiones que le atañen personalmente. Para algunos de ellos, se trataba del primer contacto con la psiquiatría. Agrava la situación de desfallecimiento o fracaso en la constitución de un espacio psíquico que representa la hospitalización psiquiátrica, excluyéndole del entorno social y desposeyendo al adolescente de su libertad personal.

De esta manera, los ingresos forzosos representaban, hace algunos años, la mitad de las hospitalizaciones en nuestra unidad para adolescentes. En semejantes condiciones, el marco hospitalario no se muestra en condiciones de inducir una alianza terapéutica favorable.

Por supuesto, ciertas situaciones psiquiátricas urgentes pueden necesitar un ingreso involuntario; esta medida, en otros casos, era excesivamente frecuente e insuficientemente elaborada con los diferentes implicados de la red de cuidados, especialmente.

Nuestra impresión es que el recurso inapropiado a la modalidad de ingreso involuntario pone de relieve las incoherencias de las redes de cuidados psiquiátricas y sociales, una coordinación insuficiente entre las diferentes estructuras y la capacidad de los adolescentes de suscitar en los adultos reacciones contratransferenciales negativas, en correspondencia, sin duda, con la represión traumática de nuestra propia pubertad.

Estas constataciones desembocaron en un proyecto cualificado encaminado a tratar de reducir estos ingresos forzosos y a seguir el hilo de los cuidados psiquiátricos de los adolescentes del Cantón, centrándose especialmente en la estrategia decisional que precede a la hospitalización. El objetivo es lograr una mejor gestión de las urgencias paidopsiquiátricas por parte de los diferentes profesionales que intervienen en la cadena de cuidados y una definición más rigurosa y más precisa de los criterios que pueden llevar a una decisión de hospitalización impuesta.

Se han podido ya tomar ciertas medidas correctivas: por ejemplo la norma de una discusión del médico responsable con la familia y los miembros de la red antes de la decisión de hospitalización, la evaluación clínica y la rápida transformación de una hospitalización forzada en hospitalización voluntaria.

La tercera medida clínica que hemos puesto en acción para luchar contra el rechazo de cuidados de los adolescentes es la apertura de un centro de acogida, de orientación y tratamiento ambulatorio para los adolescentes en relación con la toxicoddependencia, llamado “Centro San Martín”. La misión de este centro, por voluntad de los políticos, es la de ofrecer un lugar de acogida de “bajo umbral”, tomando en cuenta la problemática psíquica, somática y social y permitiendo, entre otras cosas, a los adolescentes toxicómanos tener un acceso fácil a la red de cuidados.

Nuestras reflexiones partieron de la siguiente constatación: entre los pacientes toxicoddependientes que se encuentran en un medio especializado, la mayoría sitúa el comienzo del consumo de sustancias tóxicas en una edad extremadamente temprana, al rededor de los 14 años. Sin embargo, en el medio psiquiátrico, la problemática de abuso de sustancias en el adolescente es muy marginal e incluso suscita a menudo la hostilidad por parte de los cuidadores, lo que hace difícil su abordaje en los servicios no especializados.

La clientela adolescente representa el 4% del grupo.

La forma en que pueden ser abordados los adolescentes toxicómanos en el centro San Martín está bien ilustrada en la breve viñeta clínica siguiente:

Una joven de 18 años llega sola al servicio de guardia, aconsejada por el educador de calle. Se ha fugado de un centro de tratamiento residencial hace dos días. Vive en casa de un ex-amigo. Ha vuelto a consumir heroína por vía intravenosa. Pide hacer una desintoxicación de cara a volver al centro de tratamiento.

Nacida en el Brasil, fue llevada a una institución a los 7 años, y después adoptada en Suiza. A los 13 años, como consecuencia de dificultades con su madre adoptiva, fue llevada a un hogar. Comienza a consumir heroína a los quince años.

Lo que sigue consiste en una serie de rupturas, bien sean lugares para vivir, innumerables hospitalizaciones en el servicio y también tentativas de desintoxicación, seguidas de recaídas. Se citan en diferentes informes de conductas suicidas de repetición y de trastornos de comportamientos heteroagresivos masivos.

La joven decide no volver al centro del que se ha fugado y pide una ayuda en el Centro San Martín para retomar el contacto con los servicios sociales. Demuestra, rápidamente, capacidad para hacer las gestiones de manera organizada.

En vista de las numerosas rupturas, se decide favorecer un anclaje terapéutico para permitir a la adolescente un movimiento de retroceso antes de cualquier decisión a medio o largo plazo. Se hace la tentativa de una cura con Metadona, con un encuadre estricto, objetivos, entrevistas semanales, cura que ante todo tiene como finalidad permitir a la paciente estabilizarse en algún lugar.

Dos meses más tarde, la joven, que se ha marchado dos veces, no tiene habitualmente un verdadero domicilio fijo. Ha conseguido mantener contacto con los servicios sociales, ha podido regularizar su situación administrativa y está pensando de nuevo entrar en un centro residencial. Parece incapaz de concebir una estabilidad, de la índole que sea, su única continuidad es la Metadona.

La colaboración con un agente judicial o tutelar en el origen de la demanda de atención y cuidados, como consecuencia de una denuncia de los padres por ejemplo, es un caso frecuente. Puede también constituir un recurso muy útil para luchar contra la proyección, a veces, masiva de los adolescentes.

En la adolescencia, la necesidad de constituir su identidad a través de la alteridad es un proceso dinámico que el adolescente puede romper en cualquier momento recurriendo a un

producto tóxico que le evita durante cierto tiempo la incertidumbre de la relación con el otro. De esta forma, la andadura terapéutica tendrá que posicionarse en este antagonismo entre la necesidad del objeto y la salvaguarda del narcisismo, llegar a una conflictualidad tolerable entre estos dos polos.

A menudo, la asunción inicial, difícil, comienza con una prescripción medicamentosa con vista a una desintoxicación, o en el caso de que esta fracase por una cura de sustitución con Metadona. Sin duda, con un adolescente, la ambición de la evolución terapéutica es conseguir la abstinencia, pero la mayoría de las veces esta no puede conseguirse de entrada. Puede ser considerada aquí más como un medio que como un fin en si misma. Puede tratarse de objetivos progresivos, por ejemplo la desaparición del absentismo escolar o profesional, el desarrollo de una actividad incompatible con un comportamiento de abuso de sustancias, etc.

Por último, me voy a referir ahora a la intervención del servicio en un centro educativo para adolescentes, el centro de Valmont.

Ese centro es un establecimiento cerrado que recibe a chicos y chicas adolescentes, enviados la mayoría de las veces por los tribunales de menores y los servicios de protección de la juventud, en tres regímenes diferentes: observación, prevención, detención. El Tribunal de Menores puede pedir una observación y durante un mes el equipo educativo, socioprofesional y el paidopsiquiatra del servicio tratan de definir una orientación y una modalidad para hacerse cargo. De cara a estas problemáticas severas: situaciones de fracaso crónico, pasos al acto, ruptura y rechazo de cuidados, el lugar que ocupa cada interviniente, y en particular el paidopsiquiatra, es determinante.

El hecho de que sea el tribunal de menores quien interna a los jóvenes en esta institución con un carácter carcelario, aunque este fundado sobre exigencias educativas y solicita si es

necesario la intervención de un psiquiatra consultor, diseña una delimitación entre los adolescentes cuyo delito tendría una causalidad psíquica y aquellos en los que el delito no sería consecuencia de una fragilidad psicológica; delimitación más o menos arbitraria que designa el campo de nuestra intervención.

La manera como es vivida la estancia en este centro, el sentido que puede tener para el sujeto y sus consecuencias tanto concretas como fantasmáticas, nos parecen primordiales para el porvenir de estos jóvenes que, en su mayoría, rechazan activamente cualquier tipo de atención psíquica.

La estancia en Valmont parece revestir una importancia significativa en la vida de la mayor parte de estos adolescentes. Hay un antes y un después de Valmont. Esta experiencia ha sido a menudo vivida como un tiempo de reflexión que ha permitido tomar un poco de distancia, retroceder y encarar nuevas bases para comenzar. En la mayoría de los casos, el aspecto coercitivo de la estancia ha estado en un primer plano incluso aunque algunos le reconocían un aspecto positivo a posteriori. Una medida semejante de emplazamiento puede, en efecto, ser estructurante para un individuo con un Superyo poco desarrollado, de la misma manera que en un hombre culpabilizado por sus delitos, puede ser considerada como un castigo merecido y permitirle sentirse liberado de su falta y, por ello mismo, aliviado. Todos los sujetos han mencionado que lo que había sido positivo en su estancia era la vida en grupo, y evocado los vínculos que habían establecido. Esto subraya la importancia de la pertenencia a un grupo de iguales en esta edad en la que las identificaciones nuevas se realizan con el soporte del grupo y por medio de los camaradas. En contrapartida, ninguno ha mencionado las relaciones con el equipo educativo y la mayoría no conservaban el recuerdo de los adultos encontrados en Valmont.

Voy a ilustrar muy brevemente mi idea con dos viñetas clínicas. La primera es la de Víctor, 16 años, adolescente detenido en esta institución en la que fuimos requeridos de urgencia.

Víctor está implicado en un robo con allanamiento de morada, con violencia sobre los propietarios de ésta, y en el sórdido asesinato de un homosexual, con veintisiete puñaladas. Este asesinato fue cometido en banda por un joven adulto y dos adolescentes, unidos por lo que Víctor llamará un “pacto de sangre”. Encarcelado, los cimientos de su personalidad se desencajan y un colaborador es llevado a entrevistarse. Víctor es un hombrecillo con el cráneo rapado, con actitudes de desafío y de arrogancia verbal que enmascaran un adolescente completamente aterrorizado por tener que afrontar los interrogatorios policiales y un juicio. Utiliza lo verbal, rebaja la palabra al rango de cosa, dominando a duras penas una angustia paroxística que le invade. Así, Víctor arrastra a su interlocutor a un discurso próximo al delirio de persecución en el que la idea de muerte cercana, la relación maniquea de culpables con ejecutores, se entremezclan. Refiriéndose al espacio exterior a la prisión, ve personajes representantes de la ley, dispuestos a “guillotinarle”, a la par que nos promete hacernos participar de esa misma suerte. La confusión llega al máximo, es guillotinado, él se guillotina, nos guillotinará. Fuertemente perturbado por la participación en el acto criminal al que se habría dejado arrastrar, el paso al acto perpetrado tiene el efecto de un traumatismo y provoca una hemorragia psíquica difícil de contener.

Algunas palabras sobre la historia de Víctor: hijo único de emigrantes catalanes, es ante todo el niño de una mujer amante hasta la asfixia, habiéndose –por razones que tienen que ver con su propio funcionamiento psíquico– unido íntimamente a este niño, niño al que incubaba todavía durante las noches aun después de su entrada en la adolescencia. En efecto, por las noches, abandonando su lecho conyugal, la madre de Víctor duerme en una habitación situada frente al dormitorio de su hijo “Para velar por él” nos dirá. En cuanto a Víctor, él nos dice haber estado como en un cascarón en el que nadie podía penetrar.

No hay ningún rastro del padre, en cuanto a tercero, en la infancia de este paciente. La carencia identificatoria paterna es patente y moviliza en la actualidad la agresividad del sujeto.

El cascarón se rompe con la pubertad. Con la entrada en la adolescencia, Víctor se vuelve violento, instaurando un clima de terror en el domicilio familiar. Llega al extremo de agredir físicamente a su madre, insultando por otra parte a un padre que no se las arregla para estar en su sitio. Poco antes de los hechos que se le imputan, los padres llegaron a pedir protección, protección tardía sin embargo, a la policía.

Por lo demás, Víctor va a demostrar sus necesidades de autoafirmación jugando al "caid" con una banda de "red-skins". Juega en su casa, con sus amigos, en la calle, en el colegio. Metido en juegos que no son juegos y en desafíos de omnipotencia que evolucionan mal, encuentra en la descarga agresiva un tapón para su falta de capacidad de mentalizar la angustia. Los objetos externos se rompen, no soóo los padres sino también –como se desprende de lo que se nos cuenta– los enseñantes y otros, facilitando la puesta en marcha de la defusión.

Durante su estancia en el medio carcelario, Víctor intentará suicidarse ahorcándose. Da la impresión de que, en ese momento, el homosexual asesinado retorna al psiquismo de Víctor, cuando se encontraba solo en su celda por la noche. El educador que descubre su tentativa de paso al acto suicida tiene inicialmente un efecto calmante, después resulta objeto de un violento ataque a su propio cuerpo. La introducción de una sedación importante y una presencia constante al lado del adolescente apaciguarán poco a poco una angustia incoercible abierta al despliegue pulsional auto y heterodestructor.

La segunda viñeta es algo más cercano a las situaciones encontradas habitualmente en Valmont:

María, en situación de fracaso, y adoptando un comportamiento delictivo, es puesta en observación a petición del Tribu-

nal de Menores. Julio, su hermanastro, tiene 10 años. No menciona nada de él. Tampoco dice ni una palabra de sus padres, rechaza entrar en materia y nos remite a su historial. Su madre, de 35 años, de nacionalidad española, vive sola en Suiza. Su padre nació en Argentina en los años cincuenta. Probablemente no vive ya en Europa y no da señales de vida desde hace una docena de años. Más allá de las violencias y sevicias físicas de las que es víctima, podemos preguntarnos en qué medida la ausencia y la falta de consistencia de las figuras parentales representan una fuente de sufrimiento permanente para la adolescente. María repite, con el proceso de la adolescencia, defendiendo a su cuerpo, otras tantas rupturas con personas de referencia susceptibles de convertirse en soporte de un investimento duradero. Abandona definitivamente su escolaridad y adopta un comportamiento delictivo. Se trata de una adolescente de 15 años y medio, acorde a su edad, fuerte, corpulenta, viva e inteligente. Tiene intención de marcharse y se opone a la continuación de la entrevista. Vive la consulta como una forma de intrusión insoportable, sin ninguna finalidad, gratuita e inoportuna. Acepta un emplazamiento durante un año en una institución nueva para realizar su formación, con el fin de obtener un aprendizaje. Sometida al proceso de adolescencia y a los reajustes pulsionales subyacentes, ¿cómo puede mantener un vínculo con unas figuras parentales ausentes? ¿Puede, sin un soporte material concreto que le asegure un entorno inmediato estable, someterse a un tratamiento de psicoterapia individual, movilizandó sus defensas sin contrapartida?

El clínico se encuentra particularmente desarmado frente a estos pacientes cuyos movimientos pulsionales oscilan tan rápidamente entre autodestructividad y heterodestructividad, en los que la vida fantasmática se encuentra arrasada, en los que la capacidad de pensar aparece como mutilada. Así mismo, frente al blanco en el pensamiento del paciente, nos es preciso continuar reflexionando. Pero insistir en este trabajo de pensamiento, así como insistir en los modelos teóricos que

nutren este trabajo de pensamiento es decir que la defusión de la agresividad continúa siendo lo que resulta más difícil de metabolizar. Para imaginar los efectos de la defusión, es preciso haber interiorizado un marco teórico que permita alimentar un trabajo de representación allí donde quienes pueden llegar a ser nuestros pacientes se distinguen por una carencia de representación.

Todos han estado ya, más o menos, en contacto con los servicios de psiquiatría antes de su estancia en Valmont (alrededor del 50% de ellos).

Si bien todos han cometido delitos, presentan además de trastornos del comportamiento asociados, conductas de toxicomanía. Esta patología ha sido demasiado pesada para ser asumida por el entorno del adolescente. Pero, a menudo, medidas de alejamiento del medio familiar han resultado imposibles dada la oposición del joven o de sus padres, así como las sugerencias de tratamiento psiquiátrico ambulatorio han tropezado con la falta de motivación de estos sujetos, en función de su tendencia a externalizar los conflictos y su incapacidad para reconocerse como portadores de un sufrimiento. ¡ Su pronóstico, además, es aterrador ! un estudio catamnésico muestra 22% de defunciones en circunstancias particularmente violentas: accidentes o pasos al acto autodestructivos.

Nuestros sujetos no han sido muy sensibles a la ayuda que les hemos propuesto durante su estancia. Tal como muchos han reconocido, sin duda no eran conscientes de su enfermedad y por consiguiente no tenían ninguna demanda de ayuda. Al contrario, en función de su personalidad, algunos se situaban como víctimas de la sociedad y les costaba implicarse en sus dificultades: "El delincuente no ama a las personas que quieren complicarle la vida". Algunos pacientes han opinado que las entrevistas con los psiquiatras eran inútiles y que, de cualquier forma, no servía para nada hablar y que, si quisiéramos prestar asistencia a los adolescentes, se debería hacer

algo por ellos o con ellos. Esta idea de responder a los actos con actos nos parece importante para mejorar la asistencia de estos adolescentes. Es, en efecto, posible que algunos de entre ellos que actúan mucho no puedan comprender ni tomar en cuenta más que los actos como señales del interés que el adulto tiene hacia ellos, y se muestran impermeables a un acercamiento verbal y psicológico, de donde se desprende la importancia del trabajo en una red.

¿Cuál puede ser, entonces, el lugar del psiquiatra en la asistencia de estos adolescentes, ciertamente delincuentes, pero que también tienen una “co-morbilidad” psiquiátrica? Se pueden señalar algunas dificultades mayores. Por una parte, cuando se le consulta para atender a estos adolescentes delincuentes, la demanda raramente viene de ellos y se expresa, casi siempre, en un contexto de urgencia.

Situándonos en el ideal, el trabajo del psiquiatra será entonces conseguir transformar esta situación de urgencia en una situación de crisis, es decir, crear una dinámica que permita extraer potencialidades evolutivas de semejante situación y por consiguiente desviar esta dinámica en el sentido de un cambio positivo.

Estos adolescentes están muy poco motivados para introducir una reflexión acerca de ellos mismos. El psiquiatra puede, entonces, aprovechando la movilidad psíquica propia de esta edad, tratar por medio de su escucha diferente de mostrar al joven cuáles pueden ser los beneficios de un trabajo semejante. El acercamiento familiar es, a menudo, mejor tolerado por el adolescente y puede abrir el camino para una trayectoria individual posterior.

Reflexiones y propuestas terapéuticas en relación a los rechazos de cuidados: ¿cómo tratar los rechazos de cuidados de los adolescentes?

Con este tipo de adolescentes, a menudo sin proyectos, socialmente desadaptados, el acercamiento terapéutico debe ser

plurifocal e interdisciplinario, permitiendo un apuntalamiento a la vez educativo, social y psíquico. Dos elementos parecen importantes: la necesidad de un proyecto para los adolescentes, que puede ser motor de un proceso de cambio aunque conlleve evidentemente una parte de idealización, y la necesidad de un contrato que fije un encuadre establecido entre los adolescentes y los diferentes intervinientes de la red, que contenga los objetivos del seguimiento, los medios para alcanzarlos, los intercambios para la evaluación. Una asistencia bifocal, no entre dos psiquiatras, sino entre dos instituciones en el interior de la cadena de cuidados, puede ser también una posibilidad interesante. Debemos subrayar, sin embargo, que la interdisciplinariedad es difícil: diferentes participantes provenientes de campos diferentes, que utilizan lenguajes diferentes, que tienen dificultades de comunicación y rivalidades profesionales. Pero solamente ella permite crear un espacio psíquico, un área transicional para este adolescente que rechaza los cuidados.

A menudo estos adolescentes que rechazan los cuidados obtienen recursos en el actuar; esta confrontación con el mundo adulto adquiere para ellos un valor estructurante. El paso de estos jóvenes por las instituciones educativas, véase carcelarias, puede ser la oportunidad para este encuentro, permitiendo una identificación con los aspectos reparadores, más que con los aspectos destructores de su imago. De cara a la pulsión destructiva, la institución debe hacer un trabajo de ligazón, de representación. Ciertamente, la institución ideal debería facilitar la convivencia, afianzar, ser narcisizante, continente; no existe. Pero puede tener una función sustitutiva, mediatrix, protectora, de tolerancia, permitiendo al paciente encontrar un equipo de cuidadores, un equipo de adultos, pero también confrontarse con sus iguales. No olvidemos que la mayoría de estos adolescentes están aislados, en situación de repliegue en el seno de su familia que muy frecuentemente se opone a sus esfuerzos de autonomía, de separación, ya sea que la patología psiquiátrica esté externalizada o internalizada.

La institución, en general, va a favorecer por lo tanto un reajuste de la realidad externa y permitir la apertura a experiencias nuevas a distancia de los padres, distancia que no significa, evidentemente, ruptura, siendo totalmente esencial el trabajo regular con las familias de los adolescentes.

Es mediante el investimento de sus objetos externos como el adolescente encontrará la posibilidad de desprenderse de sus fijaciones y de sus antiguos vínculos en la construcción de sus modelos así como en sus elecciones de objeto en tanto que sean suficientemente cercanas al objeto preedípico y edípico como para mantener la permanencia de su identidad y de su relación de objeto, y suficientemente distantes como para sacarle de su pasado infantil demasiado alienante o peligroso. Es esta noción de proyecto vital de la que he hablado ahora, subrayando una vez más la importancia de las dimensiones educativa y pedagógica.

El adulto, ni seductor, ni incestuoso, ni rechazante, ni hiperprotector será poco a poco claramente diferenciado con sus roles y los afectos que le son propios en la aceptación común de la ley, de la diferencia de sexos y de generaciones y en resumen de la diferencia. Los conflictos interpersonales no serán eludidos, sino que serán manejados de modo que circulen la libido y el humor, o permanezcan establecidos los límites, o subsistan los desacuerdos, pero explicitados y formulados lo mejor posible.

En conclusión, se debe insistir, creo, sobre la creatividad necesaria en las estructuras de cuidados ofertadas a los adolescentes, sabiendo que los adolescentes que rechazan cuidarse, y a los que, en una dialéctica infernal, rechazamos cuidar, son frecuentemente los pacientes más difíciles y más enfermos. El ejemplo de San Martín, estructura de acogida para jóvenes toxicómanos, el ejemplo de Valmont, estructura educativa y penitenciaria, muestran bastante claramente la necesidad de que nosotros, los psiquiatras, inventemos nue-

vas modalidades de intervención y propongamos una oferta diversificada, con un vínculo muy fuerte entre las estructuras para rodear sus rechazos de cuidados. Lejos de responder al conjunto de las situaciones de rechazo de cuidados, estas nos conducen, no obstante, a definir mejor los cuidados que aceptamos dar y hasta dónde estamos dispuestos a ir para darlos.

“LOS ESCENARIOS NARCISISTAS DE LA PARENTALIDAD” (DESARROLLOS EN LA CONSULTA TERAPEÚTICA PADRES/NIÑOS Y ADOLESCENTES)*

J. Manzano**

Como es bien conocido entre 60 y 75% de las intervenciones terapéuticas en psiquiatría del niño y del adolescente tienen una duración no superior a diez sesiones; son por consiguiente breves, sea por decisión clínica, sea simplemente por interrupción no deseada. Por esta razón, con B. Cramer y F. Palacio hemos desarrollado en Ginebra desde hace muchos años una técnica de psicoterapia breve padres/niños/adolescentes. Esta técnica está basada en las nociones centrales de “focalización”; “interacción fantasmática”; “pretransfert” e “interpretación”, Manzano, Palacio (1).

Nuestra experiencia clínica acumulada de estas consultas terapéuticas nos ha llevado a profundizar los aspectos narcisistas en las relaciones padres/hijos y sus trastornos.

* Texto de Presentación realizada en la VI Mesa Redonda “Cuándo y cómo ayudar a los padres” en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título “De la comprensión de la psicopatología al tratamiento” se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** Profesor de Psiquiatría. Universidad de Ginebra. Director del Servicio Médico-Pedagógico

Por narcisistas entendemos lo esencial del concepto de Freud (2): amor hacia sí mismo y búsqueda de la satisfacción de esta pulsión por la admiración. Pero también relación narcisista, es decir una relación con el otro –o aspectos del otro– visto como propio como si mismo, con lo que hemos llamado un trastorno “cognitivo” de la identidad.

Freud no se ocupó prácticamente nunca de las relaciones de los padres con los niños (siempre de las relaciones de los niños con los padres), con solo una excepción. Para él existe en los padres una compulsión a atribuir a su hijo todas las perfecciones (“su majestad el bebé”) y a renovar en el hijo los privilegios que ellos mismos se imaginan haber tenido como niños y que tuvieron que abandonar “se ven ellos mismos en el niño como se imaginan haber sido perfectos y omnipotentes”. Más tarde escribirá que los padres proyectan en el niño su ideal del yo. El amor de los padres por sus niños sería pues narcisista –amor por ellos mismos–, “como ellos creen haber sido, como ellos quisieran ser”.

Por otro lado, Freud descubrió en la psicopatología adulta (personalidades narcisistas), una forma de relación amorosa adulta: el sujeto coloca (proyecta) en su objeto de amor (personas más jóvenes del mismo sexo) su propia persona infantil, mientras que el mismo actúa el rol de la madre ideal de su infancia que ha creído o deseado tener, madre ideal que satisfacería todos sus deseos. En esta escenificación, el sujeto se desdobra: se ama pues a sí mismo en su pareja, bajo la forma de esta madre ideal que encarna.

Sin experiencia clínica directa con padres y niños, Freud no relevó jamás los puntos comunes entre estas relaciones amorosas narcisistas adultas y las relaciones amorosas entre padres e hijos que descubrió.

Sin embargo, nuestra práctica clínica de consulta terapéutica padres/niños nos ha permitido de constatar que escenificaciones narcisistas inconscientes semejantes a esas relacio-

nes adultas están presentes en proporciones y formas variables en todas las relaciones padres/hijos.

Un ejemplo característico es la madre que proyecta en su hijo la imagen del padre muerto, para negar el duelo y se identifica y juega el papel de la niña que fue, en relación fusional con su padre siempre vivo; o del padre que ve en su hijo el niño ideal que habría querido ser, y se identifica con el padre igualmente ideal que habría querido tener.

Esta experiencia nos ha llevado a formular el concepto que hemos llamado. “Escenificaciones narcisistas de la parentalidad” y hemos podido diferenciar las principales formas y tipos. Este concepto nos parece un instrumento de lectura a través de las asociaciones de los padres en la consulta que permite una comprensión de la dinámica interactiva y una intervención interpretativa.

Las “escenificaciones narcisistas de la parentalidad” están constituidas por cuatro elementos esenciales:

- Proyección padres sobre el niño
- Identificación complementaria padres
- Una finalidad específica
- Una dinámica relacional actuada

La proyección de la padres sobre el niño constituye más exactamente una identificación proyectiva. Se trata en efecto de una representación de sí-mismo (self) del padre que es proyectada y que por consiguiente, es investida con libido narcisista; esta representación de sí-mismo es proyectada sea directamente como tal, como en el ejemplo citado del padre que proyecta la representación del niño ideal que había querido ser, sea a través de la imagen interna de un objeto, como en el otro ejemplo, la imagen del padre fallecido de la madre. En este último caso, esta imagen, el objeto interno del padre o madre, es portadora de una representación de sí-mismo que había sido previamente proyectada sobre él (self-object); dicho

de otra forma, se había efectuado una identificación con este objeto interno. Así, incluso si la proyección sobre el niño corresponde a una imagen objetal, comprende necesariamente una representación de sí-mismo y en consecuencia es de naturaleza narcisista. Podemos decir parafraseando Freud, que la sombra de los padres ha caído sobre el hijo, sea directamente, sea a través la sombra de sus objetos internos.

La identificación complementaria de los padres, que hemos llamado contraidentificación, se efectúa con otra representación interna. En los dos ejemplos, la imagen de la niña que tenía todavía un padre vivo, o el padre ideal que hubiera querido tener. De esta manera la escenificación es siempre una relación entre sí-mismo y sí-mismo.

La finalidad, el objetivo de la escenificación comprende en todos los casos la realización de una satisfacción de naturaleza narcisista. Sin embargo, otras finalidades pueden igualmente añadirse a esta, por ejemplo, defensivas como una negación de la pérdida, o permitir satisfacciones libidinales objetales como de la pulsión edípica reprimida.

La dinámica actuada (interacción), entre los “actores” es el resultado de esas proyecciones e identificaciones. El hecho que la escenificación se actúa verdaderamente en la realidad es de una importancia fundamental puesto que va permitir de darle una existencia que sobrepasa la pura imaginación, y convertirla en un síntoma con satisfacciones sustitutivas inconscientes.

Todos estos fenómenos de la escenificación narcisista hacen parte de la evolución normal de la parentalidad cuando no son excesivos con características especiales y los niños se desarrollan sin problemas. En los casos “patológicos”, el niño va a reaccionar a esas escenificaciones adaptándose en función de sus pulsiones y necesidades, sea asumiendo mientras puede el rol que le es asignado, con posibles trastornos más tarde, sea rebelándose porque se siente abandonado dado que la relación con él realmente no existe o existe poco y dando eventuales síntomas en consecuencia.

UNA ILUSTRACIÓN CLÍNICA: “LA SOMBRA DEL ABUELO”

Se trata de una madre de un niño de 4 años que consulta por retraso del lenguaje y porque es “infantil” y “pegado a ella”.

En el marco de la relación establecida con el terapeuta, la madre va a asociar: Tiene mucho miedo que le pase algo al niño, por ejemplo: dejarlo con el terapeuta solo en la consulta “nunca se sabe”, o también miedo que se lo roben traficantes en la calle. Habla de un período en el que se encontraba muy sola, triste, con frecuentes lloros en relación con la separación debida a la emigración; cuando se quedó embarazada estaba aún más triste. Todo cambia con el nacimiento del niño. Se encontraba muy bien “era todo para mí”.

Más tarde en la entrevista, cuando habla de su infancia y adolescencia, cuenta que fue criada por sus abuelos y siempre tuvo una relación muy estrecha con su abuelo. “Era el más importante para mí”. La muerte del abuelo fue muy difícil y dolorosa (duelo en realidad negado), “siempre pensaba, todo el tiempo, hasta que tuve el niño”. “El niño cambió mi vida. Desde entonces nunca más estuve triste”. A mi comentario de que ahora tiene miedo que lo roben y está muy inquieta, responderá “¿Cómo quiere usted que no lo esté?, ¡es una parte de mí!”.

Yo pude comprender que era una situación bastante típica. Una pérdida de un objeto central en su vida (el abuelo) que concentraba todos sus investimentos y también una identificación narcisista (poca diferenciación entre ella misma y la imagen de este abuelo querido). El sentimiento de pérdida del abuelo fue agravado por la emigración y la separación de su familia y amigos.

El niño vino a representar y remplazar este objeto. En consecuencia el niño real recibió una proyección identificativa de la madre, era su abuelo, y de esta forma una parte de sí misma. De esta manera la madre negaba el duelo y combatía sus

sentimientos de pérdida y separación y continuaba a vivir una relación con el abuelo en la persona de su hijo, como si aquél no hubiera muerto. Pero resultaba una relación particular con el niño, que sufría una “presión proyectiva” de no crecer y quedarse siempre con su madre, no separarse de ella. Cuando el niño creció y tuvo que ir a la escuela se desequilibró esta escenificación interactiva dando lugar a síntomas: retraso del lenguaje, inmadurez y miedo de la madre a “perder a su hijo”.

Mi intervención consistió esencialmente en hacerle ver en el buen momento de la entrevista esta proyección y sus causas (como el niño remplazaba el abuelo y así ella no se sentía triste). Esta interpretación pudo ser aceptada porque se había establecido un pretransfert positivo con el terapeuta

CONCLUSIÓN

Estimamos que con esta “plantilla de lectura” que constituye el concepto de “escenificaciones narcisistas de la parentalidad” y los elementos esenciales que la constituyen, puede facilitar la comprensión de las situaciones de consulta padre y niños y permitir una intervención interpretativa en los casos de indicación de terapia breve.

BIBLIOGRAFÍA

- J. MANZANO, F. PALACIO. Las terapias en psiquiatra infantil. Ed. Paidós. Barcelona. 1993.
- FREUD S. Introducción al narcisismo. Ed. Biblioteca nueva. Madrid. 1914.
- J. MANZANO, F. PALACIO, N. ZILKE. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique. Ed. Presses universitaires de France. Paris. 1999.

EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO EN LA INFANCIA: UNA EXPERIENCIA CLÍNICA*

Marta Báez López**

INTRODUCCIÓN

El sentido de esta comunicación, es poner el acento en la importancia y utilidad de la técnica del dibujo en el tratamiento psicoterapéutico en un niño que evidencia dificultades en la expresión verbal por problemas de inhibición y aislamiento. Los contenidos que serán expuestos, se han obtenido de un caso tratado por mi en el servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar del Hospital Infantil Virgen del Rocío en Sevilla.

Lucas es un niño de 8 años y 9 meses de edad. Hace cuatro años, muere una hermanita pequeña de 7 meses debido a una enfermedad degenerativa diagnosticada a los pocos días de vida. Cuando esto sucede la madre entra en un proceso depresivo, se dedica en cuerpo y alma a la niña durante los meses que sobrevive y Lucas es enviado a casa de unos familiares. En el momento inicial de la consulta, el niño presenta evidentes signos de insatisfacción y escasa capacidad de tolerancia a la frustración desde el comienzo de su desarrollo.

* Comunicación presentada en el II Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente (A.E.P.E.A.) y XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "De la comprensión de la psicopatología al tratamiento" se desarrolló en Sevilla (España) del 15 al 17 de octubre de 1998.

** Psicólogo clínico

Existen fallas en todas las áreas de su funcionamiento cotidiano y evolutivo: sueño, temores nocturnos intensos, alimentación, motricidad, socialización y escolaridad. Insatisfacción inicial, desapego brusco, culpa intensa y apego patológico posterior, son los elementos clave dentro de una línea evolutiva en la que se desenvuelve este niño hasta el momento del tratamiento. Ansiedad, aislamiento, angustia de separación y tristeza son los síntomas predominantes que globalizan un cuadro clínico depresivo de naturaleza reactiva en una estructura neurótica de la personalidad.

Percibo a Lucas como un niño triste, estancado, débil, dependiente y desprotegido, donde su parte fuerte de progreso y crecimiento puede ser vivida como peligrosa, con una intensa ambivalencia de sentimientos que están inadecuadamente integrados. Así pues, los objetivos terapéuticos que me propongo para este tratamiento son los siguientes:

- Buscar relaciones del yo con los objetos internos y externos. Analizar dichas relaciones y modificar sus fantasías incidiendo sobre la estructura del yo.
- Ayudarle a distinguir entre fantasía y realidad externa para poder descubrir su realidad psíquica, su propia existencia y por lo tanto la de los objetos como seres distintos y separados de él.
- Ayudarle a integrar contenidos y reparar imágenes dañadas, para poder asimilar los aspectos positivos de las mismas y adquirir con ello seguridad y confianza.

PLANTEAMIENTO

Me ofrezco pues como terapeuta dispuesta a transmitir presencia, continuidad, apoyo y confianza utilizando como recurso terapéutico la técnica de trabajo del dibujo. El dibujo será contemplado aquí como una forma de acceso al conocimiento del mundo interno de Lucas a través de lo que nos cuenta con

el grafismo y las historias alusivas al mismo. El dibujo será entendido como revelador del relato de su vida y de sus relaciones tanto del presente como del pasado, un recuento de ingredientes que van conformando contenidos emocionales, cambios y defensas en una trayectoria vital propia y en la relación terapéutica a través de los movimientos transferenciales en el contexto del tratamiento establecido. La interpretación de los contenidos expresados, las defensas y fantasías inconscientes, servirá pues para poder manejar controlar y modificar la estructura interna de Lucas.

Esta técnica de trabajo terapéutico ha sido elegida por el paciente en función de su aislamiento, para facilitar la expresión del conflicto o como recurso al acceso de formas más arcaicas de expresión. En este caso además, existe una buena indicación metodológica de dicha técnica, por la necesidad de permanencia recuperando así el objeto perdido y tenerlo a la vista cuantas veces quiera aliviando con ello los sentimientos de angustia de separación.

Los dibujos elegidos como muestra del trabajo terapéutico realizado son los siguientes:

Lámina 1: Dibujo de la familia

“Esta es mi familia, estamos en un barco del Pico del Loro, una playa. Yo estoy mirando los peces, mi hermano está jugando con el balón y mi padre y mi madre están saludando.”

Se observa una familia cuyos miembros permanecen colocados en un plano similar dentro del dibujo, si bien el tamaño de la figura de Lucas, se encuentra desproporcionado con respecto a los otros, teniendo en cuenta que es el pequeño de la casa. El padre aparece mirando a los demás, lo que le confiere una actitud de preocupación y protección hacia sus seres queridos. Vemos la evidente ligazón en todos los personajes del dibujo exceptuando la figura de Lucas. Este dato tan relevante, nos indica la posición de lejanía respecto al resto de los

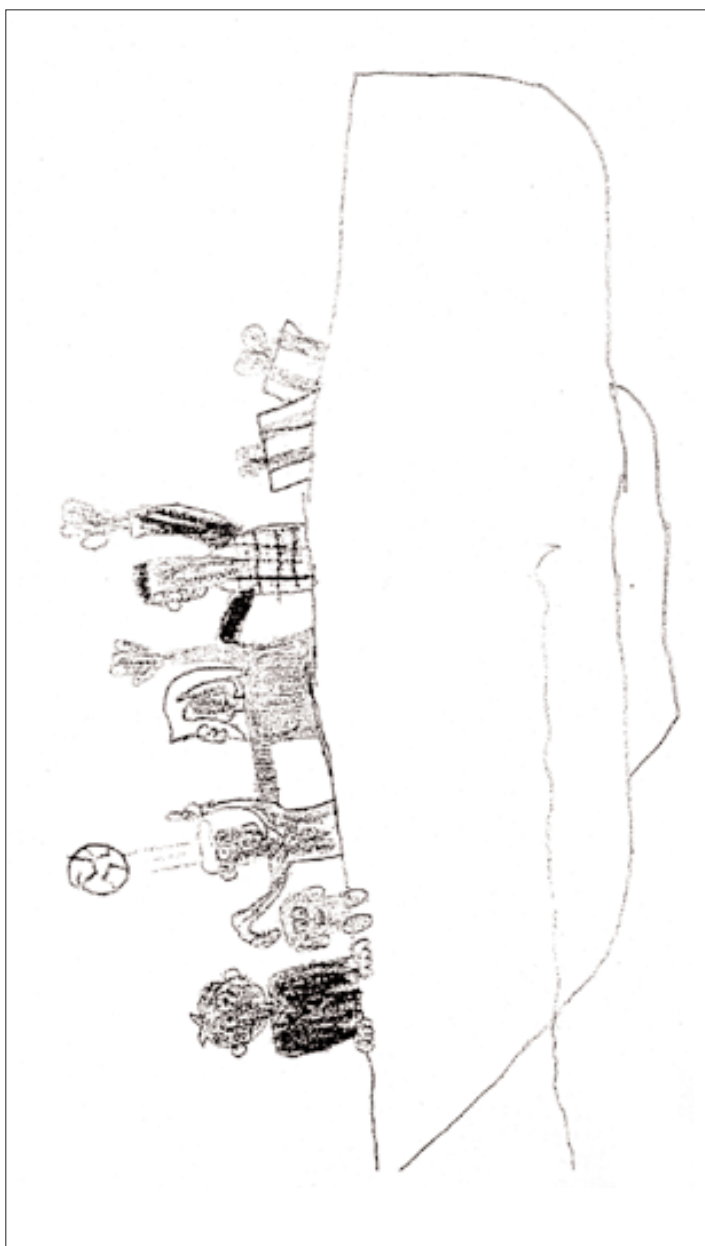


Lámina 1

miembros familiares evidenciando los sentimientos de soledad y aislamiento que padece este niño. Dichos sentimientos, se reflejan así mismo en la elección del color negro en la ropa de Lucas, mostrándonos con ello la inhibición, ansiedad y comportamientos depresivos ya conocidos como síntomas de su clínica. La familia se encuentra en un barco con expresiones emocionales de alegría en las caras, lo que parece indicar evasión defensiva respecto al conflicto y trauma familiar vivido.

Este dibujo de la familia, ofrece la oportunidad de valorar y entender los conflictos familiares. En consecuencia, se trabajó con este niño sobre el reconocimiento e identificación de sentimientos internos (soledad, abandono, inhibición y aislamiento), su posición en la familia y en las relaciones familiares con cada uno de ellos.

Lámina 2: Un hombre mirando

“Este hombre está mirando cómo un pájaro está dando de comer a sus crías.”

Sabemos que el árbol representa el crecimiento físico y mental, de la vida y de la muerte. Vemos un árbol cercado en sus raíces signo de la pertenencia al mundo externo colectivo. El tronco largo representando el yo estable, la zona de las ideas de donde sale una única rama que sostiene un nido, representación inequívoca del hogar familiar. Dicho nido da sensación de fragilidad suspendido escasamente. La casa podría ser concebida como elemento contenedor sin sostén y con elementos persecutorios, ya que la parte que protege es endeble para enfrentar los peligros de la vida. La copa en la parte de arriba que representa la zona del espíritu y de cuyo ramaje, se desprenden las hojas que caen al suelo como aspectos propios desechables.

Al lado el hombre mirando. Aparece de nuevo la figura del padre con una cabeza grande destacando sensiblemente en el dibujo, tanto por sus proporciones desmedidas respecto al



Lámina 2

resto del cuerpo, así como también respecto al dibujo en su conjunto y a la luminosidad que le da el color. La presencia del padre es relevante y una vez más como en la lámina anterior, su mirada, signo de posible protección, pero también de pasividad permaneciendo ausente en la distancia. A su lado, el caracol con su casa auestas mirando también expectante lo que ocurre. Y por último, arriba el sol, la luz y el calor que dan la vida en relación con la seguridad y el amor, símbolo del padre ideal, aparece dibujada con pequeños rayos rojos, posibles atributos agresivos y temibles.

Hemos trabajado aquí todo lo relacionado con la inestabilidad emocional, la sensación de vacío, la fragilidad de las defensas, contenidos internos que permanecen y otros que se escapan y recursos para enfrentarse a los peligros. Así mismo, el papel del padre como elemento necesario para su seguridad, pero también el desconocimiento y la lejanía emocional entre ambos.

Lámina 3: El camino de la verdad

“Es un castillo y un gato maullando y a las afueras un dragón y un soldado peleando. Sigo en un bosque donde un león está aullando mientras que la luna está cantando. Un diamante gigante de color pardo y un coche con las ruedas rodando. Un árbol asesino mientras que un plátano y una naranja hablan sobre un pino. Más atrás, un carro gigante peleando con un tanque, y siguiendo, un oasis al lado de la cárcel. Un rockero con una sierra mecánica y abajo una culebra plana, una roca con una cruz y al otro lado Robin Hood. Charlot más adelante pasando por un alambre y un dinosaurio con hambre, dos arañas al lado de una cruz de color pardo, tres montañas juntas y más atrás una cuña. Más atrás trozitos de uñas, después hace lluvia y antes sol. Abajo, un cañón, después mucho dinero como por ejemplo un millón, y por último, un canal que termina el camino de la verdad.”

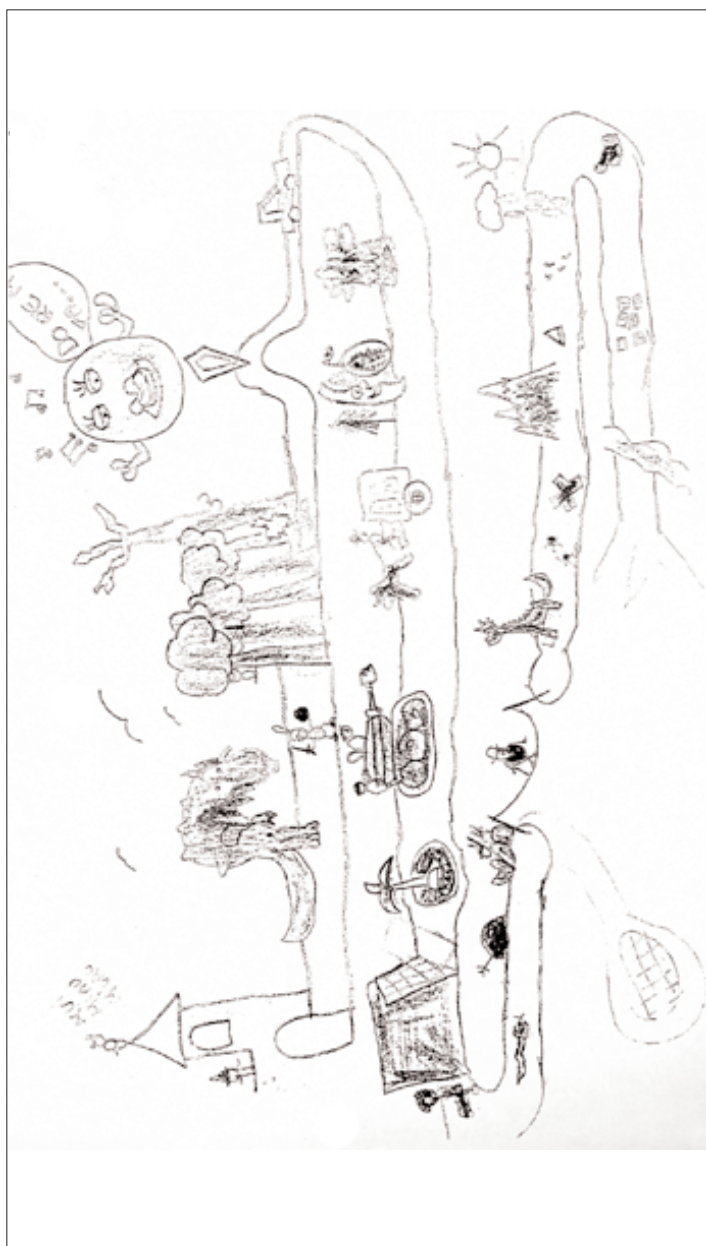


Lámina 3

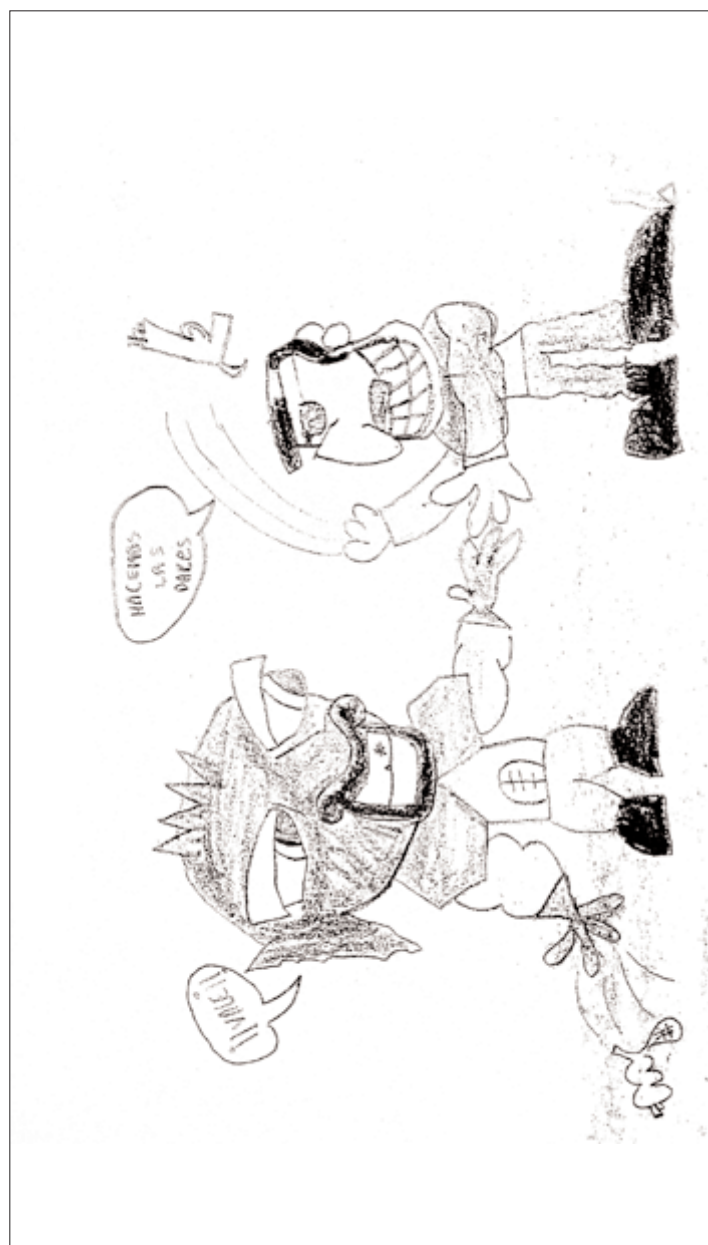


Lámina 4

Este dibujo tan expresivo, parece representar la trayectoria vital de Lucas, el camino de “la verdad” como él mismo le titula, un recuento de experiencias vitales de peligros, amenazas y posibilidades, donde se encuentran almacenados simbolismos diferentes. Peligros que acechan como elementos persecutorios (dragones, árbol asesino, dinosaurio con hambre, cañón), limitaciones (cárcel), el crecimiento físico y mental en los árboles, el ritmo representado por la luna que canta, posibilidades favorables en un diamante gigante, la comunicación en la naranja y plátano hablando, las montañas haciendo referencia a la relación triangular madre-padre-hijo, el puente como referencia al tratamiento psicoterapéutico, la roca negra en tono negro amenazador como posible simbolismo del padre castrador. Se observa la existencia de elementos repetitivos en el dibujo lo que puede estar significando la alusión a aspectos primitivos y tempranos.

Lámina 4. Sin título

“Estos dos personajes se están dando la paz. Uno es un soldado y otro un extraterrestre; se pelean porque el extraterrestre quería la tierra. Tiran sus armas y se dan la mano y dicen la paz para siempre.”

El tema principal del dibujo se centra en los sentimientos de rivalidad, competencia y celos entre el paciente y su hermano por la tierra. Esta ofrece seguridad y simboliza la figura materna y el alimento. Lucas parece proyectarse claramente en el personaje más pequeño que nos muestra una enorme agresividad interna expresada en el dibujo a través de los ojos inyectados, en la boca y los dientes.

Lámina 5. El oso perdido

“Esto era un osito con sus padres y fueron a dar un paseo. Paseando el osito se encontró con un árbol lleno de miel y se quedó allí. El padre y la madre siguieron su paseo. El osito



EL OSO PERDIDO

Esto era un osito con sus padres y fueron ha dar un paseo paseando el osito sen en-
contro con un árbol lleno de miel y se quedo hayí el padre y la madre siguieron su
paseo. El osito cuando termino sus papás se estaban el osito busco y busco pero
no los encontro. Se paro y empezo a llorar sin parar de pronto escucho un
ruido extraño el osito asomo su cabeza y de pronto un tigre salio el osito
asustado dijo - que quieres el tigre dijo - tranquilo y no tienes no te are dañi
que te pase volvio a decir el tigre - me te perdiste - dijo el oso. Va no te preocupes
yo te ayudare. los dos iban caminando y vieron un oso mayor y preguntaron

cuando terminó sus papás no estaban. El osito buscó y buscó pero no los encontró. Se paró y empezó a llorar sin parar. De pronto escuchó un ruido extraño. El osito asomó su cabeza y de pronto un tigre salió. El osito asustado dijo: ¿qué quieres? El tigre dijo: tranquilo, no tiembles que no te haré daño. ¿Qué té pasa? Volvió a decir el tigre. Me he perdido dijo el oso. Va, no te preocupes, yo te ayudaré. Los dos iban caminando y vieron un oso mayor y preguntaron: ¿ha visto a dos osos? Dijeron preocupados. –Yo sí, fueron por ahí. Ellos dos corrieron sin cesar hasta que vieron a su padre y su madre preocupados y dijo el hijo: mamá, papá. Sus padres fueron hacia él y se abrazaron sin soltarse dos horas.”

En este caso, la angustia de separación, la sensación de pérdida y de indefensión, la fragilidad y dependencia emocional, así como también la necesidad de permanencia y de contención, son temas que quedan claramente expresados en la lámina y que suponen el núcleo del trabajo realizado en esta sesión.

Lámina 6: Sin título

Esta lámina expresa con gran nitidez el momento en el que se encuentra el niño dentro del proceso evolutivo de su tratamiento. Utiliza el texto escrito para contar su percepción de cómo se encuentra después de más de un año de psicoterapia y su satisfacción por los avances registrados. De la misma forma, utiliza el color y la pintura para significar los logros obtenidos, coloreando la figura que representa su propia persona en una proporción equivalente a lo que él considera que es la situación en la que se encuentra respecto a la meta final del tratamiento.

RESULTADOS

Nos encontramos inicialmente con un niño que soporta sobre sí una situación traumática familiar de los padres no sufi-



Lámina 6

cientemente elaborada, incidiendo negativamente sobre Lucas por dos razones principales: una de ellas que supone un momento traumático propio por la muerte de su hermana, y otra, por intensificarse con ello conflictos inconscientes anteriores.

En los síntomas de Lucas apreciamos un miedo nocturno semejante al miedo a la muerte, que se intensifica con la muerte real y que funciona como repetición compulsiva del abandono del que no se puede liberar fácilmente. Dicho síntoma antecede al trastorno del aprendizaje como posible vivencia de peligro hacia el progreso vital, como negativa del drama familiar y también como forma de mantenerse ocupado, ligado a la casa y a la figura materna.

Freud equipara la angustia de muerte con la depresión como respuesta a una situación de peligro cuyo prototipo se ve en la pérdida del cuidado maternal. En Lucas, esto parece evidente con una figura materna absorbida y confusa por la enfermedad y muerte de su hija pequeña, que posteriormente implica una separación importante para el niño fuera de su medio familiar durante cuatro meses y una madre depresiva y ausente. De ahí su necesidad de apego y regreso a deseos simbióticos primitivos por el temor a la pérdida (angustia de separación). La tristeza y los síntomas de introversión son la consecuencia lógica de esta situación emocional.

Podemos pensar que el tratamiento terapéutico de Lucas le permitió elaborar ciertos aspectos que redundaron favorablemente en su recuperación. Al expresar las fantasías y sus ansiedades de duelo, hace un trabajo de duelo recreando un mundo que proyecta en el dibujo. Dicha creación tiene elementos de expresión feos y destructivos que corresponden al instinto de muerte, y otros más bellos, que corresponden al instinto de vida como expresión global y completa del conflicto.

Desde los contenidos expresivos que volcó en sus dibujos, Lucas pudo tomar conciencia de su propia agresión, de los sentimientos de culpa y la ansiedad que provocaba la expresión de este conflicto. También ha podido realizar la toma de conciencia de su propia agresión, de los sentimientos de culpa y la ansiedad que provocaba la expresión de este conflicto. También ha podido realizar la toma de conciencia de aspectos silenciados y de esta forma, colocarse en una posición donde poder hacer conexiones satisfactorias para poder mitigar el retraimiento, la inhibición y la cautela hacia los extraños. A través del dibujo, ha podido incentivar los deseos de reparación dirigidos hacia el objeto (la madre) que también pudo ser contemplada como fuente de satisfacción y alivio emocional. La elaboración fructífera de todo ello le produjo enriquecimiento, crecimiento y desarrollo psicológico que desbloqueó el estancamiento que padecía antes del

tratamiento y cuyos síntomas fueron los causantes de la demanda de atención psicológica.

Tal y como indicó M. Klein: el trabajo de duelo significa “tolerar la desorganización y poder llevar a cabo la reorganización dirigida hacia un nuevo objeto, readaptación del Yo frente a la realidad”.

Posiblemente, la tarea principal llevada a cabo desde mi posición como terapeuta haya sido ayudar a Lucas a tomar conciencia de la separación y su dolor, así como también a soportar la desilusión de no ser de la madre. Desde este punto de vista, el ofrecimiento de un entorno terapéutico estable, unido a la relación vivenciada a través de mí en la psicoterapia, ha podido servirle a mi paciente un espacio donde percibir sus capacidades inherentes al crecimiento desarrollando la identidad individual y la percepción del mundo externo. Ello le ha permitido concebirse como persona suficientemente capaz de relacionarse con otros en un proceso de diferenciación y reforzamiento de la identidad personal que había permanecido estancada.

PRIMERAS RELACIONES, BASE DEL DESARROLLO*

Núria Beà**

Hasta hace no muchos años el primer año de vida se consideraba un período poco importante en cuanto al futuro del niño. Era como si en vez de capacidades sólo hubiera un programa genético en que los aprendizajes del niño estuviesen prefijados y no fuesen modificables y por lo tanto, que el entorno en que vive tampoco tuviese ninguna importancia. Actualmente, en cambio se considera un año capital de cara al futuro cognitivo y emocional del chiquillo. De hecho, hoy se sabe que todo aquello que pasa antes del nacimiento tiene también mucha importancia.

Hace años que se sabe que las drogas (incluyendo medicinas, naturalmente) que la madre consume durante el embarazo atraviesan la barrera placentaria, llegan al feto y pueden inducirle malformaciones. Igualmente, pueden producirlas algunas enfermedades víricas si ocurren en el primer trimestre de embarazo así como algunos efectos físicos como radiaciones. En todos estos casos el feto es quien padece pasivamente las circunstancias de su entorno.

* Ponencia presentada en las 'III Jornades de Desenvolupament Infantil del Baix Empordà', "Les Competències del nen petit" organizadas por CDIAP Baix Empordà Palamós, 15-16 octubre 1998

** Fundación Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

COMPETENCIAS DEL FETO

En los últimos años se ha desarrollado el estudio por ecografía del comportamiento del feto, al que se ha llamado psicología fetal. A partir de eso se ha dejado de ver el feto como un ser pasivo-receptivo y casi aislado, sino que se han podido describir una serie de competencias que el feto posee:

- Es capaz de oír
- Responde a los estados emocionales de la madre: hecho que se entiende si consideramos que eso cambia su medio ya que cambia el ritmo cardíaco de ella y también la cantidad de adrenalina que le llega a través de la placenta. El feto responde también con aceleración del latido cardíaco, aumento de la motilidad, etc. De hecho, a menudo cuando preguntamos a las mujeres respecto su embarazo responden respecto a su estado emocional durante ese periodo, si sucedieron circunstancias difíciles como la muerte de un familiar próximo, pérdida de trabajo, etc. Porque intuitivamente, la cultura popular siempre ha valorado que las circunstancias que la madre vive afectan al feto.
- El feto palpa la bolsa amniótica: cada uno tiene preferencia para colocarse en una posición diferente (las embarazadas hacen observaciones en cuanto a las costumbres de posición y movilidad de sus fetos y cuando han tenido algún embarazo previo los comparan).

Cuando se trata de un embarazo de mellizos o múltiple los fetos se interrelacionan, se tocan y se exploran mutuamente. Alessandra Piontelli, en un estudio hecho a través de registros ecográficos a los 5 meses de gestación a diversas parejas de mellizos de diferente sexo, describe cómo se mantiene a lo largo del tiempo el modo de proceder de los dos fetos, en general uno más activo, explorador y el otro más recogido, más quieto. En la vida extrauterina cada bebé muestra el temperamento que ya se vislumbraba antes del nacimiento.

Son interesantes también, por lo que refiere a las capacidades del feto, las observaciones hechas por la Dra. Montserrat Alegre en las I Jornadas sobre Psiquismo Fetal organizadas por la fundación Vidal i Barraquer en mayo de 1994. Decía que en el momento que se les practica una amniocentesis las madres sufren de que puedan pinchar al feto, cuando éste se cuida él mismo de apartarse en el momento que la aguja perfora la bolsa amniótica; explicaba cómo cada feto responde de una forma distinta, unos se apartan y se encogen, otros palpan la aguja que ha entrado, la cogen, etc., pero nunca se pinchan ni se dejan pinchar.

Es conocido por todo el mundo que el feto realiza movimientos respiratorios, de deglución, orina, se chupa el dedo, tiene hipo, llora, etc.

De hecho la vida no se inicia el día del parto como antes se pensaba sino que el feto ensaya de forma incipiente ya dentro del útero todas las funciones que después desarrollará en la vida extrauterina.

COMPETENCIAS DEL RECIÉN NACIDO

Las diversas características temperamentales de cada bebé se habían atribuido en el pasado a razones exclusivamente genéticas. En contraste, otras escuelas (como los Psicoanalistas) valoraban sólo lo que le pasa al niño cuando ha nacido y su relación con los otros, como es cuidado, etc. En ese sentido hoy en día se da también mucha importancia a lo que sucedió durante el embarazo y el parto.

Como decía al principio hoy nadie discute qué factores externos pueden influir en el feto. Queda mucho por conocer al respecto, pero cada día se conocen mejor los efectos que el alcohol, el tabaco, los fármacos, las drogas, algunas enfermedades de la madre, etc. ejercen sobre el feto. Bien seguro los estudios que se continúan haciendo ampliarán y afinarán la

cuestión y sabremos más respecto a la influencia que representa, por ejemplo, el estado emocional de la madre. Hace pocos años era cuestión de si los factores que he nombrado causaban o no malformaciones. Hoy en día sabemos que los efectos pueden no ser tan groseros, aparentes a simple vista, pero igualmente importantes para el futuro del niño ya que intoxican, enferman el feto, alteran y disminuyen sus capacidades. En esos casos, naturalmente el bebé nacerá en peores condiciones y con sus competencias también menguadas.

Para que el bebé sea completamente competente es esencial su integridad física (en cuanto a la normalidad fenotípica) y que todas sus funciones vitales se demuestren adecuadas (función cardíaca, respiratoria, capacidad de succión, funciones neurológicas, etc.). Cualquier tipo de patología compromete la evolución global armónica del recién nacido. No me extendo en ese extremo porque es muy conocido en el estudio del recién nacido.

En cambio son mucho menos conocidas las competencias del recién nacido que le permiten autoregularse e iniciar la relación con el mundo.

Los estudios respecto a las capacidades del recién nacido se los debemos a autores como Tronick, Klaus, Cantavella y Brazelton entre otros; fueron sistematizados por ese último que elaboró la Escala NBAS (siglas de Neonatal Behavioral Assessment Scale), o sea **Escala de Evaluación Comportamental del Recién Nacido** conocida por el nombre de su autor, o sea Escala de Brazelton.

En primer lugar la Escala define 6 Estados de Conciencia del recién nacido:

1. Sueño profundo.
2. Sueño ligero: movimientos ligeros de párpados.
3. Adormecido.
4. Alerta calma: despierto y tranquilo, atento a los estímulos de su alrededor.

5. Vigilia inquieta, despierto pero con considerable actividad motriz.
6. Llanto: rojo, inquieto, sudado.

Como se vé van desde el sueño profundo hasta el lloro inconsolable. En el cuarto lugar describe el estado de alerta calma en que el recién nacido está vigilante, atento a su entorno sin llorar. Este es el estado que le permite observar, aprender y responder. Naturalmente este es el estado adecuado para valorar las competencias de cualquier bebé ya que las respuestas que dará en cualquier otro (llanto, sueño, etc.) no serán reflejo válido de sus capacidades.

La escala valora diversas competencias del bebé de las cuales quiero destacar las siguientes:

Capacidad de autocalmarse: Valora la facilidad o dificultad de cada bebé de consolarse, de regresar al estado de homeostasis, después que ha sufrido alguna contrariedad que lo ha hecho llorar. Es conocido por todo el mundo que hay bebés más irritables que entran en estado de llanto inconsolable con facilidad y que son muy difíciles de tranquilizar. Otros, en cambio casi no se alteran ante ciertas manipulaciones y se tranquilizan con facilidad.

En ese sentido tiene en cuenta las maniobras que él mismo desarrolla para tranquilizarse, como chuparse los dedos; y la cantidad de intervención que requiere del adulto para lograrlo: hablarle, mecerlo, etc. Esa capacidad del bebé de regresar al estado de homeostasis es muy importante también para quien lo cuida, ya que todos sabemos como es de desazonador un bebé a quien no se consigue calmar.

Capacidad de adaptación: (que se valora por lo que respecta a visión y audición). Si hacemos un ruido (como una campanita) o enfocamos una luz a los ojos del bebé las dos o tres primeras veces obtendremos una respuesta de este como aumento de la frecuencia cardíaca, parpadeo, etc. Al cabo de

esas primeras veces, el bebé cesa de dar respuesta al estímulo aunque lo continuemos emitiendo. Eso demuestra su capacidad de discriminar estímulos que no le son especialmente atractivos y aislarse. Esa capacidad es esencial para el aprendizaje ya que le permite fijar la atención en aquello que le interesa y prescindir de los demás estímulos que tiene alrededor.

Visión: Todavía ahora hay quien cree que los bebés no ven hasta los dos meses. En cambio está bien demostrado que ven desde su nacimiento. El bebé discrimina entre los objetos que ve y prefiere, claramente, para fijar la mirada una cara o algún objeto que la reproduzca; o sea de forma redonda con unas sombras simétricas en la parte superior que corresponden a los ojos y una alargada en sentido horizontal en la parte inferior que corresponde a la boca. Su distancia óptima de visión es de unos 20 cm. –la misma distancia a la cual se encuentra de la cara de su madre cuando se alimenta al pecho–. Todos los que hemos trabajado con bebés tenemos el recuerdo de alguno que mientras lo revisábamos nos miraba fijamente e incluso fruncía el entrecejo como para concentrarse mejor.

Dos o tres días después de nacer el bebé puede reproducir –tomándose su tiempo– movimientos de abrir la boca, sacar la lengua, etc. que hacemos enfrente suyo.

Audición: El bebé tiene predisposición a girarse al sonido de la voz aguda femenina por encima de cualquier otro sonido. Es capaz de diferenciar la voz de su madre a las pocas horas de haber nacido. Se han hecho experiencias muy interesantes en ese sentido de dos personas hablándole al bebé al mismo tiempo e indefectiblemente el bebé se gira hacia la voz de su madre.

Cuando los estímulos auditivos (tipo campanita) no obtienen respuesta, si la madre le habla al bebé y éste está suficientemente alerta volverá a abrir los ojos e intentará girarse hacia la voz.

Respuesta olfativa: También el recién nacido está predispuesto en este sentido hacia el olor que desprende la leche de su madre. A las pocas horas de nacer se gira hacia la gasa empapada de leche de su madre aunque al otro lado haya otra gasa empapada de leche de otra mujer.

La ESCALA valora también otros parámetros fisiológicos como color, ritmo respiratorio, etc. mucho más conocidos. Intenta conseguir y valora siempre la mejor realización del recién nacido.

La primera utilidad de la Escala de Brazelton es permitir a los padres observar todas estas capacidades que acabo de describir; hacerles fijar en los mecanismos que el mismo bebé desarrolla para calmarse o qué maniobras del adulto le ayudan a conseguirlo (mecerle, hablarle, etc.). Y en cómo los estímulos demasiado fuertes, demasiado intrusivos en cambio más bien le inquietan y lo inducen a desconectarse porque lo inquietan en extremo. Se les muestra cómo el bebé ve y oye, pero que ciertas realizaciones sólo puede conseguir las en el estado de alerta calma, por lo cual es importante que ayuden al bebé a regular sus estados. En resumen, la Escala de Brazelton da instrumentos que faciliten a los padres el conocimiento y por lo tanto la interrelación con su hijo, como manera de sentar las primeras relaciones base de todo el desarrollo futuro. De eso se deduce por tanto que se trata de pasar dicha Escala frente a los padres para poder comentar con ellos los diferentes puntos.

De hecho durante la exploración que la mayoría de pediatras hacen a los bebés se observan también algunos de estos puntos; la gran diferencia es que Brazelton los ha sistematizado con la finalidad de ayudar a los padres a conocer al bebé y sus recursos.

Las primeras relaciones con el entorno son las que harán que las competencias del bebé se estimulen y enriquezcan o bien al contrario, que cada vez se empobrezcan más. Y todo

eso es la base de los aprendizajes y de las funciones que después necesitará en la escuela. Hoy en día se habla mucho de fracaso escolar, pero en cambio no se tiene en cuenta la importancia que tiene lo que ocurre durante los primeros meses de vida.

La Escala de Brazelton permite identificar ya al nacer dos tipologías extremas de bebés que por sus características pueden ser difíciles de atender:

1) Bebés lábiles, excitables, que fácilmente se echa a llorar y que después son difíciles de calmar. O sea bebés con mucha tensión, ansiosos, que se descargan a través del llanto y les cuesta poder mantener el estado de alerta calma. Por lo tanto se les hace difícil observar el entorno y aprender de él. Además, a través de su lloro inquietan, sobrecargan a sus progenitores que no sólo tendrán más dificultades en calmarlos, sino que al inquietarse ellos mismos, favorecerán círculos viciosos. Si no se les ayuda podemos prever que en el futuro el bebé será un chico inquieto, hiperactivo, con déficit de atención, etc.

2) Bebés pasivos que no se interesan por el entorno, que no interactúan, con tendencia al aislamiento, que pueden pasar por bebés muy tranquilos y que eso genere círculos viciosos ya que no reclaman y no se los estimula y eso todavía les lleva a ser más aislados y empobrecidos. Esta forma de evolución da lugar a un niño pasivo, que no se interesa por nada, que tiende a aislarse, con dificultades por el aprendizaje.

A través de esos dos tipos de bebés que describo introduzco también otro punto importante que es la capacidad que tiene el bebé de influir en su medio. Este hecho que hoy en día resulta evidente ha sido también reconocido en los últimos años. Me refiero al hecho que el bebé es un participante activo en las relaciones. Es evidente que a través de su llanto moviliza su entorno. Pero también a través de su mirada atrae la del adulto, hace que se interese por interactuar con él. El

bebé que apenas mira, no reclama, se agota fácilmente, tenderá a recibir menos atención y estímulo.

Dicho de otra forma:

El adulto responde de forma distinta a cada bebé: que le atienda de una manera u otra no depende solamente del deseo del adulto sino también de lo que el bebé le estimula. So observamos una nursery veremos que las enfermeras atienden, mecen, hablan más a los bebés que consideran más difíciles, que lloran más, para que no despierten a los demás; y también a aquellos que les responden más y les parecen más simpáticos. Aquellos más pasivos, que apenas miran, no lloran, no dan trabajo, suelen pasarse el rato solos en su cuna. Esta situación la encontramos repetida después en las guarderías, en los grupos de juegos, y también por supuesto, en las familias.

Cuando un bebé es competente y fuerte físicamente es fácil para los progenitores (la madre) cuidarse de él, ya que eso les da mucha tranquilidad de ser capaces de sacarlo adelante. En estas condiciones les es más fácil poderse relacionar con él. Si además es un bebé tranquilo y que se alimenta bien encontrarán muchos momentos de juego relajado que serán un estímulo poderoso para el progreso del niño.

En cambio, los bebés prematuros con su aspecto frágil y que además se regulan con dificultad, necesitan amamantarse a menudo y maman con poca fuerza, con dificultades para mantenerse en estado de alerta calma, que se fatigan más, dan respuestas menos claras, resultan más difíciles de interpretar para los padres que estarán en peores condiciones para llevar a cabo aquella crianza. Si se escucha sus temores y se les ayuda a observar e interpretar las respuestas que el bebé da, se favorece que aprovechen los ratos en que está disponible para interactuar con él; pero al mismo tiempo que puedan ser cuidadosos para no presionarlo demasiado, no desbordarlo y agotarlo.

DESARROLLO DEL BEBÉ:

Hay quien piensa que las adquisiciones que los bebés hacen durante el primer año dependen únicamente de su constitución, capacidades, dotación genética, etc. En cambio todos sabemos que para que haya progresos hacen falta no sólo unas posibilidades constitucionales sino también una interacción con el entorno que aporte los estímulos necesarios. Como veíamos, el primer interés del bebé –y en eso sí que hay una base biológica– es su madre. La forma como el recién nacido la diferencia y la mira, provoca que la madre –también biológicamente predispuesta a interesarse en el bebé– lo estimule: busque su mirada, le hable y le haga juegos desde el principio. Cuando todo va bien, estos momentos de miradas, gestos que incluyen palabras, van alargándose y enriqueciéndose. Podríamos compararlo con el ojo y todo el sistema neurológico de la visión que no se desarrollaría sin la influencia de la luz y las imágenes que inciden en ella. Un ser mantenido a oscuras desde el nacimiento no desarrollaría la visión.

Según como vaya esa primera relación importantísima, fundamental, el bebé podrá empezar a interesarse por las otras personas que le rodean. Progresivamente, el bebé va también interesándose por los objetos y como con ese tiempo ha alcanzado cierta maduración neurológica, ahora puede alargar la mano hacia ellos, llevárselos a la boca, explorarlos, etc.

Si estos primeros pasos de la evolución van bien, el bebé va adquiriendo y ejercitando nuevas posibilidades motrices. Progresivamente puede enderezar el tronco, sentarse y por lo tanto ver el mundo desde la verticalidad que es como está diseñado (ya que lo hemos diseñado los adultos que andamos derechos). Al mismo tiempo ha ido comprendiendo cada vez más el lenguaje verbal de la madre; su interés por los que le rodean le lleva a hacer las primeras imitaciones vocálicas, de entrada sin significado, pero que a medida que los padres res-

ponden van haciéndose más afinadas. Lo que inicialmente era un ensayo resulta más interesante por el hecho de serle aplaudido y obtener una respuesta. Eso le lleva a hacer ensayos diversos que le permiten ir diferenciando los sonidos que él mismo emite.

Cada paso conseguido estimula otros siempre en relación a quienes le rodean y según el impulso de cada bebé. Disfruta de hacer intentos diversos, de conseguir nuevos retos: así inicia el desplazamiento hacia los objetos que le llaman la atención, se pone de pie, camina, articula las primeras palabras con significado, etc. El niño dedica los progresos y aprendizajes a sus padres, busca su estímulo, porque los necesita, sino en general se vuelve más apático.

La comprensión de lo que pasa a su derredor surge de la repetición de situaciones que se van haciendo comprensibles. Por ejemplo siente hambre, su madre le alimenta y luego se siente bien. Va notando la relación entre este tipo de malestar y la comida, que le calma. Al principio hasta que nota el pecho o el biberón dentro de la boca y succiona no se puede tranquilizar. Cuando tiene unas semanas la voz de la madre y que lo tome en brazos ya lo calma, porque anticipa lo que llegará después. Cuando es mayor sin que la madre lo levante, el simple hecho que le ponga el babero ya le permite esperar. Más adelante incluso podrá esperar un poco con sólo si ella le explica que ya le prepara la comida. Para que el niño pueda evolucionar hace falta que la madre le haya dado respuestas coherentes a sus necesidades y que las experiencias hayan ido repitiéndose. De esta coherencia surgirá la comprensión del mundo circundante, la diferenciación de realidad y fantasía, la capacidad de pensamiento coherente y de pensamiento científico.

Aunque las explique por separado es evidente que la evolución motriz y cognitiva van unidas y se favorecen y enriquecen mutuamente.

Ahora bien, todo este programa ha podido desarrollarse basándose desde el principio en la integridad de las funciones del bebé y en los estímulos que se generan en la interacción con la madre. Ya vemos como el bebé nace con una predisposición básica hacia la relación con sus congéneres y en especial su madre, que más adelante amplía al padre. Hay autores como Fairbairn que sostienen que la relación con la madre es la importante, que el niño se vincula con ella centralmente y que el interés por el alimento viene después.

PROCESO DE CRIANZA

¿En qué se basan los padres para llevar a cabo la crianza de sus hijos?

En primer lugar en sus capacidades instintivas e intuitivas. Alrededor del embarazo y el nacimiento del hijo, los padres (en especial la madre) realizan una reorganización de toda su esfera emocional que les pone en un estado especialmente receptivo hacia todos los signos de su hijo y cualquier circunstancia que tenga que ver con él. Y es a través de esto que los padres se sienten absolutamente atraídos por su hijo recién nacido, por sus miradas y entran en el juego relacional que él les propone.

En segundo lugar en una serie de conocimientos culturales aprendidos a través de su experiencia de ser criados, de lo que se les ha contado de ellos mismos, de ver criar a un hermano, un sobrino, un vecino,... de las lecturas que puedan haber hecho, etc. Un tipo de conocimiento que antes se transmitía dentro de las familias porque una generación ayudaba a la siguiente a ocuparse de los hijos, y que actualmente se hace de otras formas. Generalmente las niñas y a veces también los niños ya han hecho ensayos de su función como padres a través de los juegos de muñecas.

ALTERACIONES EN EL BEBÉ

El nacimiento de un hijo con cualquier desviación de la normalidad descoloca a todo el mundo, rompe con lo esperado, la ideación que los padres habían hecho. Además a menudo, nadie en la familia tiene la experiencia. Esto deja a los padres sin conocimientos, les hace sentir extraños, culpables –a pesar de en general no serlo– ansiosos, fracasados, incapaces y en mal estado de ánimo para atender al hijo. Necesitarán mucho soporte para hacerlo.

Como sabemos, la evolución será muy diferente según qué pase y cuáles sean las consecuencias que tenga a largo plazo.

Cualquier alteración que el bebé presente (un angioma, un ortolano positivo, o un pequeño hematoma provocado por los fórceps) preocupa mucho los padres y necesitan poder hablarlo con un profesional que los tranquilice desde su conocimiento cierto, ya que por la situación emocional en que ellos (ella) están, fácilmente se angustian y lo maximizan (o lo minimizan y lo niegan).

Y aunque todo haya ido muy es necesario que los profesionales que los atienden (enfermeras, comadronas, pediatras, etc.) estén alerta a sus preocupaciones, a veces infundadas. Un comentario que han oído –quizá una broma–, (como por ejemplo “vaya cochino” o “té dará mucha faena”) que en otro momento no les hubiera afectado, ahora en cambio, en este momento especial puede hacerles un gran impacto; tanto que en madres especialmente sensibles puede afectar su relación futura con el niño.

Es natural pues, entender que cuando el recién nacido necesita ser ingresado por cualquier problema esto angustiará en extremo a sus padres. Además impide que puedan iniciar su relación en un momento de máxima riqueza instintiva por ambas partes. El hecho que actualmente en muchas de las unidades neonatales se les permita la entrada, tocar el bebé,

alimentarlo, (según las posibilidades que hay por el estado físico del niño) preserva la relación al menos en la parte que se puede, disminuye mucho las fantasías de gravedad, de engaño por parte de los profesionales “que lo esconden”, que aparecían en aquellos tiempos en que todo lo que pasaba en la UCI de prematuros era vedado por razones de asepsia. Es un hecho que los padres valoran mucho y que mitiga mucho el impacto futuro del ingreso. Más cuando los profesionales que atienden a los hijos les ayudan a poder acercárseles, a tocarlos, y eso les permite perder el miedo que de entrada sienten de ser incapaces como padres, de tener un niño demasiado frágil, etc. En cambio cuando no es así, sólo ven al bebé a través de un vidrio y un buen día se le da el alta, los padres se encuentran delante un completo desconocido, que sienten frágil debido a todo lo que le ha pasado, y a menudo el miedo hace que no sepan como cogerlo, como cuidarlo, hecho que les pone muchas dificultades para entrar en relación con él. Además el mismo bebé debido a su patología puede tener dificultades para dar signos comprensibles para ellos. También la falta de estímulos hasta éste momento y el haber vivido en un ambiente ruidoso, con luz continua, etc. pueden no haberle permitido establecer el ritmo nictameral y de entrada le será más difícil cualquier adaptación.

Cuando el bebé presenta cualquier patología residual a los padres les queda el trabajo difícil de irse haciendo a la idea que no tienen un hijo como se lo habían imaginado y poco a poco irse adaptando a la realidad de su hijo. Bien seguro que nadie espera ni desea tener un hijo con algún hándicap físico ni mental. Los padres deben poder sobreponerse pues a la depresión que eso les genera para irse acercando a la realidad del hijo. Además como decía se encuentran sin conocimientos culturales respecto de cómo atenderlo. Cuando además el problema compromete el desarrollo del niño, sus competencias, se encontrarán que no saben cómo acercársele, cómo jugar con él, cómo interactuar con él. Los mensajes que el bebé da

son diferentes a los esperados, los que ellos conocen de otros niños, eso les desconcierta y puede llevarles a no relacionarse con su hijo, no por falta de ganas, sino porque no saben cómo. Por ejemplo:

Cuando un bebé padece una amblioplia (ceguera) no dirige la mirada hacia la madre como los otros, y no sólo esto sino que al cabo de poco tiempo cuando la madre le habla desvía la mirada y la cabeza de forma que coloca la oreja delante la cara de la madre, hecho que le ayuda a orientarse a través del oído. Si la madre no sabe esto se queda desorientada ante esa respuesta de su hijo, puede interpretarla como un rechazo; no sabe cómo actuar con él y se inician dificultades en la relación entre ambos. (Es evidente que serán importantes).

Un bebé afectado neurológicamente y por ejemplo con una hipotonía muy severa puede no ser capaz de llorar, tener dificultades de alimentación, no controlar los movimientos cefálicos, etc. Creo que es evidente las dificultades que encontrará la madre para establecer la primera relación con él.

Cuando hay dificultades de ese orden, los padres además deben recuperarse ellos mismos del impacto del diagnóstico, hecho que los sitúa en un nivel muy elevado de ansiedad y depresión, que les dificulta todavía más iniciar la relación con el bebé.

A menudo tiempo más tarde explican cómo se sintieron de solos ante el diagnóstico. Cómo sintieron que se les daba de manera brusca, poco clara y que no se les ayudaba lo suficiente. Esta puede haber sido su forma de sentirlo por la dureza de lo que se les ha comunicado acerca de su hijo. Pero también es cierto que a veces los profesionales nos sentimos impotentes, no sabemos demasiado cómo ayudar y eso puede llevarnos a dar la información de forma científica, fría, distante y deseando huir de allí, –de aquellos padres doloridos–, bien rápido. (Y que a veces lo hacemos excusándonos en el exceso de trabajo, bien real por otra parte, en que aquello no

es nuestra especialidad, etc.). Esto deja a los padres abrumados, llenos de dudas, sin saber a quién consultarlas. Y a veces inician una peregrinación inútil cuando no claramente perjudicial, de médico en médico, de Servicio en Servicio, buscando quien atenderá y tolerará sus ansiedades, sus angustias.

A esto se suma siempre que la familia próxima está en el mismo estado de *shock* que que ellos, y puede dar muy poco soporte. Y los amigos por miedo a molestar, de no saber qué decir también a veces les dejan solos.

Cuando en esos casos llegan a un Servicio de Atención Precoz hay dos funciones básicas en la Atención –que se hacen al mismo tiempo que el diagnóstico y cualquier trabajo directo que haga falta con el niño–.

El primer trabajo del profesional es escuchar a los padres, ofrecerles un espacio para poder comunicar sus ansiedades, sus miedos, sus preguntas.

De cara al niño observar y reconocer las capacidades que tiene (partiendo del conocimiento y experiencia del profesional) y ayudar a los padres a ir las captando de forma que les pueda ser un poco más fácil entenderse con su hijo extraño, diferente. Además el hecho de ver que pueden entender las respuestas que da, les facilita entrar en relación con él, y que ésta por el hecho de partir de la comprensión sea estimulante para el niño. Así se trata de salir del paso de círculos viciosos en que la dificultad de entrar en contacto con el bebé lleva a los padres a cuidarlo rutinariamente, sin establecer contacto y eso aumenta la dificultad en esta relación. Eso que no es infrecuente pone difícil el progreso del bebé.

De hecho se han discutido las ventajas y desventajas del diagnóstico muy precoz de la patología o por lo menos de la comunicación precoz del diagnóstico a los padres. Hay profesionales que –refiriéndose a niños ambliopes– sostienen que el pronóstico relacional del niño puede ser mejor (y por lo tanto

menor la aparición de trastornos de personalidad) si la madre se relaciona con él normalmente, o sea si descubre al niño antes de descubrir la patología. Ya que sino el impacto del diagnóstico de ceguera no le permite ver todas sus otras competencias ni vincularse con él, angustiada por el diagnóstico de severidad que se les ha dado.

Con eso no pretendo decir que no debemos diagnosticar tan pronto como sea posible cualquier patología sino que una vez tenemos el diagnóstico claro tenemos que pensar qué hacemos, cómo y cuando lo comunicamos. Tenemos que saber además que los padres necesitarán mucho soporte para ayudar al bebé a desarrollar todas aquellas capacidades que sí tiene. Y que por lo tanto no es cuestión de dar el diagnóstico simplemente, sino de ver cómo se les ayuda a largo plazo en la crianza del hijo.

ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO EMOCIONAL DE LA MADRE:

Decíamos que el motor del progreso del niño es la relación con su madre de quien en nuestra cultura habitualmente depende en los primeros tiempos de forma mayoritaria. Ninguna madre da siempre la respuesta óptima, comprende todo a la primera, es siempre paciente, etc. Es por eso que Winnicott se refería a las madres mayormente adecuadas en el sentido de poder tolerar los momentos de ansiedad, de malestar del bebé, acogerlos y ayudarlo a calmarse de forma que pueda ir progresando en su evolución, como “suficientemente buenas”.

Una madre cargada ella misma de un exceso de ansiedad y tensión se encuentra con dificultades importantes para poder acoger la de su hijo, para tranquilizarlo; incluso ella misma puede aumentar la inquietud de éste. Ello genera círculos viciosos con una escalada de tensión que dificulta que el niño pueda tener suficientes momentos de calma como para ir evo-

lucionando de forma satisfactoria. Pueden producirse distorsiones en el estado emocional del bebé y también repercutir en sus adquisiciones.

En eso tiene mucha importancia el papel del padre en dar soporte a la madre, animarla, ayudarla a recuperarse, evitarle trabajo favoreciendo así que ella pueda dedicar todas sus energías al conocimiento del recién nacido, vincularse a él sin tener presiones sobreañadidas que la llenen de tensión y le pongan las cosas difíciles.

Hoy nadie discute la dificultad que es para la evolución de los bebés que su madre padezca un cuadro depresivo y más si éste es severo. Aquel diálogo entre la ilusión de la madre fundamentalmente interesada en el bebé, que resuena a sus demandas de contacto, lo mira y lo estimula a mantener la interacción no pueden darse si la madre está deprimida y cerrada en ella misma. Eso lleva a que el bebé también vaya replegándose, cerrándose, desinteresándose del entorno, desvinculándose y desvitalizándose. Es muy conocido el estudio de “cara seria” consistente en ver la reacción de un bebé de pocos meses ante la cara fija e inexpresiva de su madre durante unos minutos. Se observa como siempre el lactante hace intentos de entrar en relación con la madre, la mira, le sonrío... pero ante la inexpresividad continuada de la madre va inquietándose progresivamente y llora. Si la situación se mantiene el bebé acaba desinteresándose y mirando hacia otro lado, deprimido. Se interpreta la fascias seria, inexpresiva como la que tiene la madre deprimida. Son estudios que no pueden tomarse como juego porque siempre implican una situación traumática –aunque en general no grave– para el bebé.

Cuando una madre por sus propias dificultades mentales, por su trastorno de personalidad da demasiado a menudo respuestas no ajustadas o imprevisibles a las necesidades del bebé (por ejemplo lo alimenta cuando tiene sueño, lo pone a dormir cuando tiene hambre o lo despierta y pretende jugar

con él cuando el bebé dormía) provoca una distorsión importante en la organización mental del bebé. El aprendizaje se produce por la repetición de situaciones que van haciéndose conocidas por el niño, van adquiriendo significado y haciéndose comprensibles. Eso no se produce en ese caso y por lo tanto no permite al bebé ir entendiendo progresivamente lo que ocurre a su alrededor. Además lo sobrecarga de inquietud y malestar. No puede aprender de la experiencia. Es evidente que en definitiva, todo esto distorsionará la evolución de aquél bebé.

EN RESUMEN:

Espero haber transmitido cómo es de importante para favorecer la mejor evolución posible de los lactantes:

Una relación adecuada con su madre (con sus padres) y entorno y por lo tanto toda la ayuda que haga falta para preservar, mejorar o recuperar esta relación.

Que ante cualquier trastorno que dificulte la evolución o de cualquier situación de riesgo, (por alguna causa referida al propio bebé o por alguna problemática del entorno) se haga el diagnóstico precoz, de forma que se pueda iniciar la atención a las familias antes que se hayan generado círculos viciosos. Eso mejorará la evolución del niño y además ahorrará mucho sufrimiento a toda la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- AVRUM, L. KATCHER, MD y JULIAN S. HABER.: El pediatra y la estimulación temprana del niño minusválido o con retraso madurativo.- Pediatrics in Review (1991) Vol 12, Nº 9-10
- BRAZELTON, T. BERRY.: L'enfant et son médecin.-Petite Biblioteque Payot
- BRAZELTON, T. BERRY: CRAMER, BERTRAND G. La relación más temprana.- Paidós 1993
- BOWLBY, JOHN.: La separación afectiva. - Paidós 1993
- CANTAVELLA, FRANCESC: La relació Pediatre. Pares i Fill.- Revista de l'A-CAP. (1992) Vol.1 Nº1, 5
- FAIRBAIRN. An object relations theory of the personality.- New York. Basic Books (1952)
- LEONHARDT, MERCÈ: El bebé ciego. - Masson 1992
- PIONTELL, ALESSANDRA: A study on twins before and after birth.- International Revue of Psycho-Analysis. (1989) 16, 413
- STERN, DANIEL N.: El mundo interpersonal del infante.- Paidós 1991
- STERN, DANIEL N.: Diari d'un bebè. Monografies de psicoanàlisi i psicoteràpia. Ed. Columna 1996
- WINNICOTT, D.W. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.- The Hogarth Press 1987.