

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 *àpres-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.