

**REFLEXIONES ACERCA DE LA EVOLUCION
A LARGO PLAZO (EDAD PREESCOLAR) DE BEBES
TRATADOS CON PSICOTERAPIAS BREVES MADRES-
BEBES. ESTUDIO CATAMESICO CLINICO***

D. Knauer y F. Palacio Espasa*****

Después de haber participado en la investigación dirigida por B. Cramer y D. Stern con la colaboración de un equipo de clínicos y de investigadores de la clínica de psiquiatría de Ginebra, nos interesamos por el funcionamiento psicológico y por el futuro psicopatológico de estos niños, de edad precoz, tratados en psicoterapia breve madre-bebé.

Esta primera investigación sobre las psicoterapias breves madre-bebé ha sido presentada en el IV y V Congreso de la WAIPAD (Lugano, 1989, Chicago, 1992) y ha demostrado que los resultados a corto plazo (de 6 meses a un año) eran satisfactorios tanto en el plano de la evolución de los síntomas como en el de las interacciones madre-bebé (1).

Se escogieron 75 diadas madre-bebé, de las cuales se habían estudiado cuidadosamente: los síntomas y el nivel de de-

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

Traducción realizada por Sokoia Lasa y Helena Senra, psicólogo clínico.

**Médico-adjunto, Hospital Universitario de Ginebra "Belle Idée". Clínica de psiquiatría infantil. Ginebra.

*** Psiquiatra. Psicoanalista. Jefe del Servicio Universitario de Psiquiatría Infantil de Ginebra.

sarrollo de los bebés (Symptom Check List, Test de Bayley, Test de KIA,...), los funcionamientos maternos (Test de Beck), (estudios de las representaciones maternas, estudios de los temas fantasmáticos de la madre en el curso de la terapia) y las interacciones madre-bebé (Tests de Ainsworth y de Crittenden) (6).

Nuestro estudio catamnésico es ante todo clínico y hemos vuelto a citar a las diadas madre-bebé que en, su mayor parte, habíamos tratado personalmente con una psicoterapia breve madre-bebé en esta primera investigación (7), (8).

De esta forma, hemos reexaminado 18 casos, dos o tres años más tarde, considerando que no estamos más que al principio de nuestro actual estudio. Sin embargo, los resultados obtenidos nos permiten anunciar ya una reflexión acerca de ello.

En el plano metodológico, dentro de esta catamnesis ante todo clínica, hemos propuesto:

1. Una entrevista clínica sólo con el niño, para evaluar su funcionamiento mental con la ayuda de nuestro cuestionario clínico-dinámico con el fin de establecer un diagnóstico estructural según la Clasificación Francesa (9).
2. A continuación, hemos efectuado una entrevista con la madre y el niño para estudiar la evolución de la sintomatología del niño desde el punto de vista de la madre así como la naturaleza de sus interacciones mutuas. En esta última parte de la entrevista, nos hemos centrado en las madres para estudiar su funcionamiento psíquico, sus sentimientos como madres y el tipo de proyecciones que realizan sobre sus hijos.

En este caso, hemos evitado repetir el Test de Beck con las madres ya que éste ya había sido realizado anteriormente. De todas formas, hemos estudiado cuidadosamente los riesgos clínicos de un problema afectivo eventual en la madre.

RESULTADOS PROVISIONALES DE ESTE ESTUDIO CATAMNESTICO:

Hemos observado dos grandes formas de evolución del perfil psicológico de los niños:

1. Un grupo de 14 niños ha mostrado una evolución del desarrollo satisfactoria:
 - a) *Muy buena evolución* hacia la normalidad, incluso un desarrollo constituyendo una variación de la norma en 6 casos.
 - b) *Buena evolución* hacia una organización neurótica oligo sintomática en 5 casos, donde el niño presenta síntomas menores tales como una ligera retención fecal o ciertos miedos de naturaleza fóbica.
 - c) *Evolución satisfactoria* donde el niño presenta un leve trastorno de personalidad en 3 casos, con tendencias narcisistas y ciertas dificultades de comportamiento o tendencias a la inhibición.
2. Un segundo grupo más reducido de 4 niños que manifiestan una evolución menos satisfactoria:
 - a) Evolución hacia un trastorno de personalidad dentro del marco de una disarmonía evolutiva, en 3 casos, con retrasos en el desarrollo junto con trastornos manifiestos del comportamiento.
 - b) Evolución hacia una psicosis deficitaria en 1 caso.

La desproporción entre estos dos grupos de evolución es debida a los criterios de selección de los casos admitidos en las indicaciones de las psicoterapias breves madre-bebé. En efecto, para nuestra investigación, hemos excluido directamente los trastornos graves del desarrollo de los bebés y los trastornos graves de personalidad en las madres (5). Aún así, hemos cogido un caso al límite de nuestras indicaciones y se ha confirmado su evolución hacia una psicosis deficitaria.

METODOLOGIA DE ESTE ESTUDIO CATAMNESTICO

Dado que en la catamnesis no hemos podido realizar todos los tests objetivos que se hicieron en la edad precoz, nos hemos conformado con comparar los siguientes temas dentro de la evolución:

Para el niño:

- a) síntomas del niño,
- b) diagnóstico del niño según la Clasificación Francesa.

Para la madre:

- a) evaluación del funcionamiento psicológico maternal,
- b) sentimiento de ella misma como madre,
- c) tipos de proyecciones maternas y tipos de interacciones madre-bebé,
- d) relación de la madre con el terapeuta (pretransferencia-alianza terapéutica-transferencia de resistencia).

I. EVOLUCION DE LOS SINTOMAS DE LOS NIÑOS (Cuadro I)

a) Evoluciones favorables (14 casos)

Todos los niños habían sufrido como bebés tanto trastornos funcionales como trastornos de comportamiento.

- En la catamnesis, en este grupo, los 6 casos que han evolucionado hacia una variación de la norma ya no presentan síntomas particulares.
- Los 5 casos que, en la catamnesis, pertenecen a organizaciones neuróticas, sufren los leves síntomas siguientes: retenciones fecales, miedo a la oscuridad, ligeras dificultades de separación, timidez excesiva, envidia excesiva, fobias a los medios de transporte y a la tormenta, etc.

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia variaciones (6 casos)	
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomáticas (5 casos)	
TOTAL (11 casos)	
– Trastornos del sueño.....	11
– Trastornos del comportamiento.....	10
– Hiperactividad.....	5
– Dificultades de separación.....	6
– Trastornos de la alimentación.....	1
 Niños que han evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad. (3 casos)	
– Trastornos del sueño.....	3
– Trastornos del comportamiento.....	3
– Hiperactividad.....	1
– Dificultades de separación.....	1
– Trastornos de la alimentación.....	3
 Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de la personalidad (borderline y disarmonías evolutivas) (4 casos)	
– Trastornos del sueño.....	4
– Trastornos del comportamiento.....	4
– Hiperactividad.....	2
– Trastornos de alimentación.....	1
– Trastornos de apego.....	1
– Retraso en el desarrollo.....	1

Cuadro I: Síntomas cuando eran bebés

- Los 3 casos que, en la catamnesis, han evolucionado hacia un trastorno ligero de personalidad, han seguido presentando trastornos en el comportamiento o, a veces, una importante tendencia a la inhibición.

Recordemos que en el plano de su desarrollo, mientras eran bebés, ninguno de ellos había presentado señales de retraso (Test de Bayley en las normas). En el examen catamnésico, todos los niños habiendo progresado favorablemente están dotados de una buena inteligencia.

- Los 3 niños que habían evolucionado hacia un trastorno grave de personalidad no habían manifestado ni un trastorno de apego, ni señales disarmónicas como bebés, lo que sí ocurría, sin embargo, para el niño que a la edad de 5 años se convirtió en psicótico deficitario. En efecto, este último, ya a los 17 meses, nos había llamado la atención con señales de retraso en el desarrollo así como con señales de un trastorno de apego, propias de un trastorno psicótico.

Gracias a la psicoterapia breve, los síntomas funcionales de esos bebés habían disminuido claramente. Por contra, en el examen catamnésico, hemos podido observar una persistencia de los trastornos de comportamiento y la aparición de un ligero retraso intelectual de 2 de estos niños en la evolución disarmónica.

Para el bebé precozmente deficitario, desgraciadamente, hemos tenido que constatar un aumento del retraso mental en el examen catamnésico.

Comentarios sobre la evolución de los síntomas de esos niños

Después del primer año tras la psicoterapia breve, la mayoría de los niños que han demostrado una evolución favorable ulterior, nos había sorprendido con una clara mejoría, incluso con la desaparición de los síntomas funcionales iniciales. De todas formas, esos trastornos funcionales habían ido mejorando continuamente durante el mismo período en los niños que, en la catamnesis, habían tenido una evolución menos fa-

vorable y notablemente en el niño que manifiesta un trastorno psicótico.

Además, en esos mismos niños de evolución desfavorable, los trastornos de comportamiento han sufrido una tendencia a agravarse.

Debemos destacar que los trastornos del comportamiento han persistido tanto para los 3 niños que presentan trastornos leves de la personalidad en la catamnesis como para los 4 niños borderline y psicóticos.

Para los niños que han desarrollado una evolución favorable, es interesante constatar que el Test de Crittenden refleja, de forma bastante fiel, una mejoría del niño durante el año siguiente al de la psicoterapia.

Por contra, para los niños que habían evolucionado desfavorablemente el Test de Crittenden, aplicado durante el primer año tras la terapia no ha conseguido desgajar las dificultades que habíamos constatado ulteriormente en el estudio catamnésico.

II. EVOLUCION DE LAS MADRES

a) Estado efectivo de las madres (Cuadro II)

Para las madres de los niños con una evolución favorable, podríamos hacer la siguiente descripción:

Las madres de los 11 niños que se han estructurado según una variación de la norma o neurótica poco sintomáticas presentaban casi todos los signos depresivos objetivados en el Test de Beck antes de la psicoterapia madre-bebé. Dos de esas madres nos habían llamado la atención por presentar estados depresivos bastante importantes.

En el estudio catamnésico, nos sorprendió la desaparición de los trastornos de humor en las mismas madres, incluso te-

Madres que presentan:	N.º de casos	N.º de casos
	Antes de la psicoterapia:	En la catamnesis:
Niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (6 casos)		
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomática (6 casos)		
– Trastornos afectivos leves.	8	–
– Trastornos afectivos mayores.	2	–
– Ningún trastorno afectivo.	1	11
– Estados de pánico con fobias de descontrol (hacia el niño)	1	1 (atenuados)
– Síntomas de conversión	1	1 (atenuados)
Niños que han evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad		
– Trastornos afectivos mayores	2	1
– Trastornos de personalidad hipomaníaca	1	1
Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de la personalidad (borderline y disarmonías evolutivas)		
– Trastornos afectivos mayores de la personalidad	1	1 (atenuado y episódico)
– Trastornos de la personalidad (proyectivas/muy proyectivas sobre el niño).	3	4 (atenuado y episódico)

Cuadro II: Manifestaciones patológicas de las madres

niendo en cuenta que la mayoría de las madres habían tenido otro niño.

Por contra, a pesar de la evolución bastante favorable de los niños, una cierta forma de trastorno de humor persiste, en la catamnesis, en las madres de los 2 niños que presentan un leve trastorno de la personalidad. Esas madres sufren todavía

un trastorno de humor, o bien de naturaleza depresiva, o bien de carácter levemente hipomaniaca.

Entre los 4 niños que han evolucionado de manera desfavorable, solamente 1 madre había alcanzado un estado depresivo importante en la escala de Beck antes de la psicoterapia breve. Se trataba de la madre del niño precozmente deficitario. Las 3 otras madres presentaban más bien trastornos de la personalidad: tendencia a ser proyectivas y/o histriónicas. En la catamnesis, estas 4 madres mostraban todavía actitudes muy proyectivas hacia los niños, a la manera de las personalidades Borderline. La única madre que destacaba por un estado depresivo manifiesto, nos había sorprendido en la catamnesis, con la aparición episódica de momentos depresivos más atenuados, con un trastorno de personalidad caracterizado por rasgos narcisistas asociados a defensas hipomaniacas, como telón de fondo.

b) Sentimientos de ellas mismas como madres

Antes de la terapia, las 11 madres de los niños que han evolucionado favorablemente (hacia variaciones de la norma y estructuras neuróticas), nos habían descrito una imagen de ellas mismas bastante desvalorizada. Habían expresado sus miedos a hacer daño al niño, bien por negligencia, bien por ser demasiado exigentes e hirientes con ellos.

En la catamnesis, todas esas madres habían recuperado una buena imagen de ellas mismas como madres. Nos parece que, a pesar de su brevedad, la terapia ha reforzado su capacidad maternal, lo que ha permitido una nueva maternidad para la mayoría de las madres.

Los niños que habían evolucionado hacia trastornos leves de la personalidad tenían madres que, antes de la terapia, sufrían intensos conflictos de autodesvalorización. En la catamnesis, los mismos sentimientos negativos han reaparecido en el grupo y de manera menos explícita en una de ellas.

Aquí la conflictividad maternal nos parece más profundamente anclada en su estructura de personalidad y este hecho, por lo tanto, nos parece menos movilizable en una psicoterapia breve. La más alta rigidez en esta conflictividad maternal parece igualmente tener una repercusión sobre la evolución de la personalidad de los niños.

Las madres de los 4 niños que se convirtieron en borderline y psicóticos, nos habían llamado la atención, antes de la terapia, con unos sentimientos muy intensos de desvalorización personal y unos sentimientos muy fuertes de culpabilidad que intentaban negar para proyectarlos, convirtiéndose, a veces, en francamente paranoicos para el entorno familiar.

En la catamnesis, no se constató ningún cambio: han seguido mostrándose bien muy desvalorizadas, bien muy proyectivas. La evolución problemática de su niño, sin duda alguna, no ha facilitado la mejora de la autoestima de esas madres.

Así, podemos observar un “crescendo” en el nivel de los conflictos ligados a la maternidad, determinados por una rigidez creciente y difíciles de movilizar por lo que el propio niño se muestra más profundamente perturbado.

c) Proyecciones maternas hacia el niño y tipos de interacciones madres-niños.

Los niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (Cuadro III) y neurosis poco sintomáticas (Cuadro IV) han tenido madres, que proyectaban sobre sus hijos un objeto significativo de su pasado, o bien, imágenes infantiles que ellas mismas temían: el niño abandonado, deprimido, hundido que ellas habían podido sentirse o la imagen de un pariente portador de características negativas. Además de esto, las madres proyectaban también la imagen del niño tiránico y exigente que les habría gustado ser. Frente a estas proyecciones, tenían tendencia a hacer un sobreinvertimiento compen-

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia variaciones de la norma (6 casos)	
Imágenes de un objeto	
– Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación)	4
– Proyección de una imagen parental dañada.....	2
Imágenes infantiles / Imágenes rechazadas	
– Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	4
– Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	2
Imágenes infantiles / Imágenes deseadas	
– Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser	5
TIPOS DE INTERACCIONES	
– Tendencia a la sumisión de la madre a las “exigencias ”del niño, acompañada de un buen investimento del niño	6

Cuadro III: Tipos de proyecciones maternas sobre el bebé.

sador de sus hijos para alejarles de los sufrimientos que ellas mismas habían sufrido (identificación complementaria con una imagen parental reparadora más o menos idealizada). Así, la interacción madre-bebé podía contener características muy conflictuales.

En la catamnesis, esas interacciones conflictuales han desaparecido en este grupo. Hemos atribuido estos cambios positivos sobre todo a la buena calidad del investimento libidinal ofrecido por las madres a sus hijos.

Los niños que han evolucionado hacia trastornos ligeros de personalidad (Cuadro V) han vivido rodeados de proyecciones maternas parecidas, antes de la terapia, pero asociadas a ciertas proyecciones más narcisistas.

Por estas razones de orden narcisista, estas madres demuestran todavía su necesidad de sobreproteger a sus hijos, en la catamnesis. En efecto, las proyecciones maternas narcisistas parecen permitir a la madre protegerse a ella misma de importantes vivencias de pérdida, de pena o de nostalgia que persisten todavía en el examen catamnésico.

Para los niños que habían evolucionado hacia patologías más graves de personalidad, las proyecciones maternas en torno a objetos perdidos o recordados con nostalgia alcanzan proporciones más altas. (Cuadro VI)

Aquí, los fantasmas narcisistas están cargados de reivindicaciones agresivas a veces destructoras, cuyo aspecto agresivo

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia neurosis oligosintomáticas (5 casos)	
Imágenes de un objeto	
- Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación).....	2
- Proyección de una imagen parental dañada.....	2
Imágenes infantiles/ Imágenes rechazadas	
- Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre	3
- Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	3
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
- Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser.....	4
TIPOS DE INTERACCIONES	
- Tendencia a la sumisión de la madre a las "exigencias "del niño, acompañada de un buen investimento del niño	4
- Tendencia al control ansioso.....	3

Cuadro IV: Tipos de proyecciones maternas sobre el bebé.

vo disminuye en la relación con el niño. Algunas de estas madres se encierran un sus proyecciones hasta el punto de no poder reconocer las necesidades elementales de sus bebés. Los graves trastornos del apego que se dan conducen, en el bebé, a grandes retrasos en el desarrollo de diversa intensidad.

En la catamnesis, esas proyecciones narcisistas así como las interacciones patógenas subsecuentes persisten con un li-

	<u>N.º de casos</u>
Niños que han evolucionado hacia los trastornos leves de la personalidad (3 casos)	
Imágenes de un objeto	
– Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación)	1
– Proyección de una imagen parental dañada.....	1
– Proyección de un padre tiránico, exigente o violento	2
Imágenes infantiles/imágenes rechazadas	
– Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	3
– Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	1
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
– Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser.....	3
– Proyección más narcisista de un niño fuerte y poderoso	1
TIPOS DE INTERACCIONES	
– Tendencia a la sumisión de la madre a las “exigencias” del niño pero alternando con reacciones de exasperación	3
– Tendencia al control ansioso	3
– Tendencia a un cierto distanciamiento del niño	1

Cuadro V: Tipos de proyecciones maternas sobre los bebés.

	N.º de casos
Niños que han evolucionado hacia trastornos graves de personalidad (borderline, disarmonías evolutivas)	
(4 casos)	
Imágenes de un objeto	
- Proyección de una imagen parental pérdida (muerte o separación).....	1
- Proyección de una imagen parental dañada.....	3
- Proyección de un padre tiránico, exigente o violento	3
Imágenes infantiles/imágenes rechazadas	
- Proyección del niño dejado o abandonado por su madre o su padre.....	3
- Proyección del niño aplastado por la severidad de uno de sus padres	1
- Proyección del niño deseado y en peligro de muerte.	4
- Proyección narcisista de un niño muy poderoso y muy peligroso	1
Imágenes infantiles/ Imágenes deseadas	
- Proyección del niño exigente y tiránico que la madre habría deseado ser (gran reivindicación y violencia).	3
TIPOS DE INTERACCIONES	
- Tendencia a la hostilidad frente al niño.....	2
- Tendencia al control ansioso	4
- Tendencia a una desvinculación y al rechazo del niño	4

Cuadro VI: Tipos de proyecciones maternas sobre los bebés.

gero cambio. A veces, hemos podido constatar un agravamiento de las dificultades relacionales madre-niño seguido de la decepción (herida narcisista) frente al retraso del desarrollo del niño.

III RELACION CON EL TERAPEUTA

Hemos estudiado las relaciones con el terapeuta con la ayuda de las tres rúbricas siguientes:

- **La pretransferencia**, es decir la modalidad de la relación que la madre establece en un primer contacto con el terapeuta, en función de sus expectativas sobre la terapia.

Los 11 niños que han evolucionado favorablemente han tenido madres capaces de establecer una pretransferencia positiva con el terapeuta en el momento de la terapia breve en todos los casos. Se ha manifestado por una espera de ayuda y de resolución feliz de las dificultades con el bebé. Para algunas madres, esta pretransferencia se basaba claramente en el desplazamiento de una imagen parental positiva.

Paralelamente, se ha producido rápidamente una buena alianza terapéutica para todas esas madres. Sin embargo, 3 madres han esbozado una transferencia de resistencia, expresando el temor de ser acusadas por el terapeuta de ser responsables de las dificultades de sus hijos. Esta ligera resistencia se ha podido resolver bien por la interpretación, bien espontáneamente, sin que presentaran obstáculo a la buena evolución de la terapia breve.

- **La alianza terapéutica** cuyo establecimiento rápido es fundamental para el buen desarrollo de una psicoterapia breve.

Los 3 niños que han evolucionado hacia un trastorno leve de la personalidad han tenido madres igualmente capaces de establecer una pretransferencia positiva según el terapeuta durante la terapia. Además, esa pretransferencia se basaba en el desplazamiento de una imagen parental más idealizada, incluso más narcisista.

De hecho, estos casos han presentado una transferencia de resistencia bajo la forma de angustias frente a la finalización del tratamiento breve. Dos madres han vuelto periódicamente a ver a su terapeuta con los niños, cada 3 ó 6 meses.

- **La transferencia de resistencia** (transferencia edípica o transferencia agresiva) que lo único que hace es complicar la evolución de la psicoterapia breve madre-bebé.

Los niños que han evolucionado hacia trastornos graves de personalidad han tenido madres cuya pretransferencia se había establecido de forma claramente negativa para dos de ellas. Estas madres habían desarrollado unos miedos tales a que su terapeuta les acusara y juzgara que terminaron por sentirse realmente perseguidas.

Las dos madres restantes habían presentado una pretransferencia muy idealizante con unas esperas tales y una dependencia tan grande frente al terapeuta que eran poco receptivas a las interpretaciones acerca de sus interacciones con el niño.

Este tipo de pretransferencia negativa, bien perseguidor, bien idealizado, constituye de golpe unas resistencias que han vuelto difícil el establecimiento de una buena alianza terapéutica en todos los casos. En la catamnesis, este mismo estilo de relación con el terapeuta se perpetúa.

MATERIAL CLINICO

Antes de pasar a las conclusiones, presentamos una viñeta clínica característica de cada una de las evoluciones constatadas en el niño:

1. Hacia una organización correspondiente a una variación de la norma o una organización de tipo neurótica;
2. Hacia una organización correspondiente a un trastorno leve de personalidad;
3. Hacia una disarmonía evolutiva.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia una organización neurótica: Matilde

Matilde nos fue mandada con 10 meses por trastornos de sueño importantes y dificultades de separación (según personas ajenas a la familia).

Es una niña deseada, bien investida por sus padres, pero que sufre una doble luxación congénita de las dos caderas y tuvo que utilizar una célula ortopédica durante algunos meses. El desarrollo de Matilde es normal, a pesar de una cierta tendencia a la pasividad. La madre, de origen extranjero, vivió con tristeza y culpabilidad la separación de su propia madre y muestra un hiperinvestimiento de su hija con tendencia simbiótica. Este hiperinvestimiento se encuentra probablemente reforzado por la decepción debida a la luxación congénita, enfermedad que tuvo igualmente su cuñada con consecuencias de invalidez para esta última.

La madre se considera como adecuada, pero está decepcionada por las dificultades vividas durante el embarazo (fibroma uterino) y la malformación congénita del bebé. El investimento que realiza sobre su hija es de todas formas positivo. Esta madre proyecta sobre su hija la imagen de su propia madre dañada y abandonada tanto por su propio padre (separación de los padres) como por ella misma, que la tuvo que abandonar cuando todavía se mostraba deprimida.

Las dificultades de separación de Matilde están efectivamente ligadas a la actitud de su madre que teme reencontrar en su hija la imagen de su propia madre.

Gracias a la resolución de esta problemática, la psicoterapia madre-bebé permite una evolución favorable con una desaparición de los trastornos del sueño y de los problemas de separación.

En el estudio catamnésico, momento en el que Matilde cuenta con 4 años y 9 meses, la relación madre-niño continúa evolucionando favorablemente. Matilde, además, tiene una hermanita de 2 años que se encuentra bien.

Entrevista con la niña

Con 4 años y 9 meses, Matilde se desarrolla normalmente, frecuenta la escuela de su barrio, sin dificultades de aprendizaje ni de relaciones con sus compañeros. En la entrevista con el terapeuta, se separa sin dificultad de su madre, habla de los acontecimientos de su vida con un buen lenguaje y presenta un juego simbólico rico y variado. Los temas más conflictivos de su juego simbólico giran en torno a su antigua discapacidad que se manifiesta en ella como una forma de simbolización de la angustia de castración de naturaleza neurótica.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia un trastorno leve de personalidad: Rosina.

Rosina fue traída por su madre a consulta con 3 meses por unos cólicos abdominales con lloros inconsolables e interminables junto a unos trastornos del sueño importantes. En la terapia breve madre-bebé, que duró 10 sesiones, el terapeuta se ha centrado sobre todo en la historia infantil de la madre, muy cargada de angustias de separación. Esta madre, que presentaba una importante depresión post-parto, momento del comienzo de la maternidad, había sido colocada por su propia madre en una familia de acogida, con 2 años, coincidiendo con la separación de los padres. Únicamente volvió a ver a su madre una vez al mes hasta los 10 años, momento en el que ésta decide volver a casarse y la acoge de nuevo. En cuanto a su padre, no volvió a verle hasta ser adulta, 3 años antes del nacimiento de su hija.

En el nacimiento de Rosina, esta madre se encuentra en un conflicto conyugal importante que le obliga a retomar el trabajo. La separación de su hija que supondría un trabajo eventual crea en ella un conflicto enorme, ya que se ve con una madre indigna y abandonante.

De todas formas, los sentimientos de abandonar a su hija han resurgido periódicamente, tanto en el momento de retomar

el trabajo como en el momento de la separación del marido, cuando Rosina tenía 18 meses. Durante estos períodos, hemos podido observar un recrudecimiento de los síntomas de la niña bajo la forma de trastornos del sueño y un comportamiento tiránico hacia su madre. Ha sido necesario retomar varias veces las intervenciones psicoterapéuticas obteniendo como resultado un apaciguamiento de los síntomas de la niña así como del estado depresivo de la madre.

En el estudio catamnésico, momento en el Rosina cuenta ya con 3 años, la madre ya no está deprimida pero tampoco ha reconstruido su vida afectiva ni ha tenido más hijos.

Rosina presenta ciertas dificultades de separación con su madre y no quiere quedarse sola con el examinador. Se muestra capaz de jugar de manera simbólica pero su juego resulta pobre, escaso de imaginación y un poca repetitivo.

El lenguaje de Rosina es igualmente pobre. En cuanto al humor, Rosina muestra un aire serio rozando la tristeza, con poca modulación afectiva.

Por su parte, la madre se queja de un comportamiento tiránico y exigente de Rosina hacia ella, que resulta difícil para ella misma cuando no se siente deprimida. De esta forma, consideramos que Rosina presenta los rasgos de un trastorno leve de personalidad.

Tras la entrevista de catamnesis, se han considerado necesarias nuevas consultas terapéuticas con el objetivo de resolver este problema de relación madre-hija.

Viñeta clínica de un caso de evolución hacia una disarmonía evolutiva: Antoine

Antoine vino a la consulta a la edad de 1 año por unos trastornos de sueño importantes y dificultades de comportamiento con lloros constantes.

Estas dificultades aparecieron ya en su nacimiento, nacimiento prematuro de 3 semanas. Esta prematuridad ha provocado en la madre unas angustias intensas de muerte a pesar del buen estado general y el peso correcto del niño.

En la historia de la madre, es difícil poner en evidencia las razones de las proyecciones agresivas que realiza sobre los lloros de su hijo: vive esos lloros como ataques que van a destruir el conjunto de la vida familiar.

En el pasado, del cual la madre pasa rápidamente, merece la pena destacar otros acontecimientos conflictivos, además del contencioso irregular con los hombres que ella había evocado. ¿Basta el hecho de que Antoine sea un chico para sostener esa visión persecutoria de su madre hacia él? Además, la culpabilidad despertada por esa leve prematuridad parece añadirse a su vivencia de ataque mortífero. En efecto, con su hija mayor, esta madre no tuvo ningún problema particular.

En 10 sesiones, la resolución de esta problemática en la relación con Antoine ha permitido una atenuación de los síntomas y una mayor tolerancia de la madre hacia su hijo. Es interesante destacar que, a pesar de las angustias intensas del post-parto, la madre de Antoine no ha manifestado ninguna manifestación depresiva.

En el estudio catamnésico, momento el que Antoine tiene 3 años, el terapeuta es informado de que la madre visitó a otro psiquiatra cuando el niño tenía 2 años. En efecto, Antoine presentaba (y todavía presenta) trastorno importante de apego a su madre y dificultades de relación con un retraso significativo en su desarrollo. Incluso cuando, con 1 año, en el Test de Bayley efectuado justo antes de la psicoterapia breve, Antoine no presentaba ningún signo de retraso en el desarrollo.

En la entrevista de catamnesis, Antoine llama la atención por su juego simbólico muy pobre, limitado a manipulaciones repetitivas y estereotipadas de los objetos. Su lenguaje es igualmente pobre y, a veces, ecológico y Antoine manifiesta,

múltiples veces, estereotipias de comportamiento botando en su sitio.

Hemos concluido con un cuadro de Disarmonía Evolutiva de tipo psicótico, asociado a un trastorno de apego que se habría desarrollado en el 2.º y 3.º año en la vida del niño. En efecto, con 12 meses, Antoine no presentaba todavía ningún signo de trastorno de apego ni de retraso en su desarrollo, como habíamos señalado. Desde entonces, Antoine ha seguido una psicoterapia analítica intensiva con una puesta en marcha paralela del conjunto de la situación familiar.

CONCLUSION

A pesar de los pocos casos estudiados, se imponen ciertas reflexiones se imponen.

1. En cuanto a la sintomatología del bebé

Los trastornos funcionales (trastornos del sueño, de alimentación, de la digestión) nos parecen los más fáciles de movilizar con la ayuda de una psicoterapia breve madre-bebé. Los trastornos del comportamiento, por contra, son más difíciles de corregir con una psicoterapia breve, aunque algunos bebés aquejados de graves trastornos del comportamiento han conseguido recuperar una estructura de personalidad cercana a la norma en la catamnesis.

Por contra los trastornos de desarrollo del niño no han evolucionado mucho tras las psicoterapias breves madre-bebé, demostrando en este caso, la necesidad de tratamientos más específicamente centrados en el bebé. Entre estos niños aquejados de problemas de desarrollo, es interesante destacar que la terapia breve ha permitido igualmente una mejoría de los trastornos funcionales, sin llegar a prevenir la aparición de un retraso en el desarrollo posterior.

En este sentido, este tipo de acercamiento breve podría en ciertos casos asegurar a las madres, retardando la puesta en marcha de un tratamiento más apropiado, claramente dirigido de manera específica al conjunto del desarrollo psíquico del bebé.(4)

2. En lo que concierne a la psicopatología de las madres y su influencia en el desarrollo psíquico del bebé,

Nos encontramos con un enunciado frecuentemente dado en la literatura. Son las madres aquejadas de trastornos de personalidad y de carácter, en particular las madres borderline, raramente sintomáticas en el plano tímico, las que tienen hijos más perturbados (10).

Por otra parte, la evolución muy rápidamente favorable de un gran número de estados depresivos maternos de post-parto tras la psicoterapia breve madre-bebé nos ha interesado particularmente. Estos enunciados nos parecen relativizar la importancia psicopatogénica durante mucho tiempo atribuida a la depresión de post-parto y tan abundantemente descrita en la literatura (11).

Hemos considerado los estados depresivos de estas madres como reacciones a la situación post-parto (3) y más específicamente ligadas a las dificultades inherentes de convertirse en padre (como lo hemos desarrollado con B. Cramer (1), (2).

Así, son numerosos los casos de estados depresivos que no parten de una psicopatología particular de la madre sino más bien de los conflictos despertados en el momento de convertirse en madres.

Los datos recogidos sobre los sentimientos de las madres como madres nos muestran que vivencias muy negativas y muy desvalorizadas de las madres en el post-parto pueden ser fácilmente modificadas en un buen número de casos, mejorando a la vez el conjunto de la relación con el niño. En gene-

ral, tenemos la impresión de que las madres que se cuestionan su calidad maternal reaccionan más favorablemente que las que no tienen ese tipo de dudas sobre su funcionamiento maternal.

Estas últimas tendrían tendencia a sentirse más fácilmente perseguidas y presentan un mayor riesgo de convertirse en patógenas para sus hijos a largo plazo.

3. En el plano interactivo

Constatamos que existe una concordancia entre la calidad de la interacción y la naturaleza del investimento que las madres hacen de sus hijos. Cuando hay un investimento positivo, la madre, muchas veces, es superprotectora con su bebé en las interacciones convirtiéndose en conflictivas pero también fácilmente movilizables. Por contra, cuando se trata de un investimento más ambivalente, a veces francamente negativo, la actitud desencadenada especialmente hostil de la madre, tanto frente al terapeuta como frente al hijo, endurece las interacciones madre-bebé y son más difíciles de movilizar

4. La relación con el terapeuta.

Nos parece que refleja muy bien la calidad de la relación que estas madres ofrecen a sus hijos. Las madres que tienen tendencia a establecer rápidamente una alianza con el terapeuta pueden hacerlo gracias a un investimento positivo de la persona del terapeuta (pretransferencia positiva) muy parecida al investimento positivo que hacen de sus hijos.

Hemos podido constatar gracias a la catamnesis una persistencia en la calidad de los investimentos positivos 2 ó 3 años más tardes. Por contra, es triste constatar que las madres con conflictos más graves con sus hijos reactualizan muy rápidamente esos mismos conflictos en su relación con el te-

rapeuta, lo que no simplifica en absoluto el trabajo psicoterapéutico.

¿De quién es la culpa? ¿Hemos de creer que son las proyecciones negativas de las madres las que perturban el desarrollo del niño y de su relación con él?

¿O será más bien la perturbación de desarrollo y de relación del bebé lo que vuelva a la madre negativamente proyectiva y vulnerable hasta el punto de dar la imagen de un funcionamiento maternal de tipo borderline?

BIBLIOGRAFIA

[1] CRAMER B., ROBERT-TISSOT C., STERN D., SERPA-RUSCONI S., DE MURALT M., BESSON G., PALACIO-ESPASA F., BACHMANN J.-P., KNAUER D., BERNEY C., D'ARCIS U., Outcome "Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapy: a Preliminary Report, *Infant Mental Health*, 11, 3, 278-300.

[2] CRAMER B., PALACIO-ESPASA F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, Le Fil Rouge, 1993.

[3] CRAMER B., *Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans l'épinglage d'identité*, *Devenir*, 6, 2, 15-21, 1994.

[4] GOLSE B., *Insister-Exister. De l'être à la personne*, Paris, PUF, Le Fil Rouge, 1990.

[5] KNAUER D., *Différents modes d'approche dans les psychothérapies mères-bébés*, *Psychothérapies*, 3, 135-141, 1989.

[6] LEOVICI S., MAZET P., VISIER J.-P., *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Genève, Médecine et Hygiène, Eshel, 1989.

[7] LEOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Paidós, Le Centurion, 1983.

[8] LEOVICI S., *A Propos des consultations psychothérapeutiques*, *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 1, 135-152, 1986.

[9] MISÉS R. et al., *Classification française des troubles mentaux de l'enfant*, *Psychiatrie de l'enfant* XXXI, 1, 67-134, 1988.

[10] SAMEROFF A.J., EMDE R.N. (Eds), *Relationship disturbances in early childhood, A developmental approach*, New York, Basic Books, 1989.

[11] TRONICK E., GIANINO A., *The transmission of maternal disturbance to the infant in E. Tronick, T. Field (Eds), Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*, San Francisco, Jossey Bass, 1986.