CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

Editoriales

I CONGRESO DE SEPYPNA, Lérida, Noviembre 1984

L.F. CABALEIRO	«El psicoterapeuta en tres encuadres de la consulta del niño. Algunos factores terapéuticos».
R. RODRIGUEZ:	«Intervenciones psicoterapéuticas en los tratamientos individuales y de grupo de tipo psicomotor, logopédicos y psicodramáticos».
R. SANZ PONS:	«Intervenciones con la familia en psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente».

II Reunión Científica de SEPYPNA, «Indicaciones y límites de la Psicoterapia Infantil», Madrid, Noviembre 1985

Pola I. de TOMAS:	«Introducción a la Reunión Científica».
M. UTRILLA:	«Esencia y límites de la Psicoterapia Infantil».
F. PALACIO:	«Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la Psicoterapia Infantil».
P. LAVANCHY:	«Indicaciones y límites de la psicoterapia en la edad de latencia».
R. HENNY:	«La psicoterapia del adolescente».
L.F. CABALEIRO y A. ESCRIVA:	«Salud mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil».

N.º 1 1986

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

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

Editoriales

I CONGRESO DE SEPYPNA, Lérida, Noviembre 1984

L.F. CABALEIRO — «El psicoterapeuta en tres encuadres de la consulta del niño. Algunos factores terapéuticos». 5

R. RODRIGUEZ: — «Intervenciones psicoterapéuticas en los tratamientos individuales y de grupo de tipo psicomotor, logopédicos y psicodramáticos». 15

R. SANZ PONS· — «Intervenciones con la familia en psiquiatría y psicoterapia del Niño y del Adolescente». 51

II Reunión Científica de SEPYPNA, «Indicaciones y límites de la Psicoterapia Infantil», Madrid, Noviembre 1985

Pola I. de TOMAS: — «Introducción a la Reunión Científica». 77

M. UTRILLA: — «Esencia y límites de la Psicoterapia Infantil». 83

F. PALACIO: — «Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la Psicoterapia Infantil». 99

P LAVANCHY: — «Indicaciones y límites de la psicoterapia en la edad de latencia». 113

R. HENNY: — «La psicoterapia del adolescente». 129

L.F. CABALEIRO y A. ESCRIVA: — «Salud mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil». 149

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

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Imprime Suministros Grafimar, S.A

Depósito Legal: M-35677-1985

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

EL PSICOTERAPEUTA EN TRES ENCUADRES DE LA CONSULTA DEL NIÑO: ALGUNOS FACTORES TERAPEUTICOS

Por L. FERNANDO CABALEIRO FABEIRO

A la consulta psiquiátrica del adulto solamente en ocasiones se presentan con el paciente ciertos miembros de la familia o algunos otros personajes de su entorno. La situación más frecuente sigue siendo una entrevista individual que puede completarse con alguna otra que jalone el proceso de investigación y terapéutico del adulto.

En la clínica del niño las cosas no suceden exactamente de la misma forma. El niño, como todo ser en edad evolutiva, es normalmente muy dependiente de su entorno y los personajes centrales de éste — en general los padres — hacen parte del objeto de la consulta.

Toda decisión terapéutica ha de ser necesariamente aceptada por los padres, y los resultados terapéuticos de la consulta dependen en gran parte de ellos. Tenemos pues en la consulta infantil dos mundos frente a nosotros: el del adulto y el del niño que, pese a su gran proximidad, funcionan en órbitas diferentes y no organizan entre sí una relación en la que primen los intercambios de igual a igual.

Esto, entre otras cosas, hace más compleja la consulta infantil que la del adulto y nos lleva a establecer un encuadre diferente según la persona o personas con quien tenga lugar la entrevista. Esta puede realizarse exclusivamente con el niño, o con éste y sus padres, con los padres solos, con la familia, etc.

El orden de estos encuadres, así como el dar prioridad a uno de ellos sobre otro, dependerá de las diferentes escuelas y orientaciones teóricas, o bien de una forma de hacer personal del psicoterapeuta.

Personalmente, ante una demanda de consulta infantil, yo suelo seguir un proceso — sin que esto suponga una actitud estereotipada — que inicio con una o más entrevistas previas con los padres. Luego me intereso por ver, aunque sea brevemente, al

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

niño con sus padres, para dedicarle en un tercer tiempo, ya al niño solo, las entrevistas que estime necesarias.

Naturalmente que el tipo de demanda en sí, el proceder espontáneo de cada familia, la edad del niño, etc., pueden modificar el orden de los encuadres que acabo de mencionar, e incluso hacernos construir encuadres diferentes.

En su libro «La consulta terapéutica y el niño», Winnicott nos relata maravillosamente 21 casos, reflexionando sobre cada uno de ellos, pero no nos habla en cambio de la metodología utilizada. El mismo, dice: «Apenas se puede hablar aquí de técnica: no hay dos casos parecidos.. ». Sin embargo, el tema que abordo aquí sobre la actitud terapéutica, particularmente en la consulta, me aproxima más bien a la técnica o a la teoría de la técnica. Ello tiene sus ventajas, pero el coste es dados los límites de esta exposición el perder los matices y la viveza del caso concreto.

No voy, pues, a referirme al aspecto investigador de la consulta, aunque esto sea de gran interés, sino que trataré de limitarme al aspecto terapéutico de ella, abordando algunos de los muchos factores terapéuticos que pueden intervenir en esos tres encuadres centrales de la consulta infantil.

Primer encuadre: Padres/Psicoterapeuta

En él se trabaja sólo con los padres y las entrevistas suelen girar inicialmente en torno al relato del problema actual, a la anamnesis del niño y a su vida familiar y social. Este encuadre, así como los dos siguientes, pueden ser utilizados para la llamada «devolución» que, pese a su valor terapéutico, no voy a abordar, por no corresponder exclusivamente a un encuadre y además porque creo que la devolución no es sólo una conclusión final, sino un proceso a lo largo de toda la consulta.

La afectación narcisista

En este primer encuadre juega un papel primordial la comprensión del terapeuta de la situación de los padres que consultan y su posibilidad de identificarse con ellos. Traer a consulta un hijo por razones de orden psíquico, no es una cuestión banal, sino que supone a menudo una afrenta al narcisismo de los padres, que de algún modo encuentran su continuación en lo que han ido proyectando y depositando en el niño. Los materiales y afectos buenos

depositados, se ponen en cuestión y los malos quedan al descubierto. Y es así, en cuestión y al descubierto, como se sienten con frecuencia los padre. Este es uno de los motivos fundamentales por lo que muchos padres no consultan, otros retrasan el hacerlo y otros llegan diciendo que a su hijo «en realidad no le pasa nada, pero...». Las resistencias más conscientes a la consulta han sido vencidas por los padres que ya están en ellas, pero quedan otras más profundas.

Sólo si los padres se sienten comprendidos y aceptados en esas dificultades iniciales, podrán abandonar su tono convencional y empezar a hablar verdederamente de su hijo y de sus difíciles relaciones con él. Es esto lo que lleva a decir a Maud Manoni que «el primer discurso de los padres suele ser, antes que nada, el discurso de otros. Su sufrimiento — sigue diciendo — puede ser expresado sólo en la medida en que pueden estar seguros de ser escuchados».

Por eso es importante la acogida inicial de los padres, su escucha atenta, cuidadosa y paciente, en espera de una versión más auténtica. Yo valoro mucho ver a los padres solos, de forma que puedan expresarse con la mayor libertad posible y verlos durante el tiempo que sea necesario, para que pueda crearse ese clima tan importante de confianza.

Creo también que la afectación narcisista de los padres en torno a la consulta del niño, está en relación directa, aunque no exclusiva, con el grado de separación-individuación de ellos con respecto a su hijo. A veces nos encontramos actitudes iniciales en las que percibimos que los padres hablan de su niño con un despego — remedo de una buena distancia — que no es más que una actitud reactiva ante la situación de consulta de quienes viven una relación muy fusional con su hijo. Esta perspectiva abre otra dirección terapéutica a seguir en el abordaje de la afectación narcisista de los padres y a su vez podría facilitar, por ejemplo, una mejor evolución de un dificultoso proceso de separación-individuación infantil.

Los sentimientos de culpa

La culpa de los padres es otro elemento al que ha de prestarse una especial atención. Los sentimientos agresivos hacia el hijo al que se quiere, sobre todo aquellos que no son conscientes, los padres a menudo los ponen, en el fondo, en relación con los síntomas que manifiesta su hijo y así es como se sienten culpables de lo que le sucede. Es necesario que la consulta con el psicoterapeuta

sea para los padres un lugar donde la culpa pierda gran parte de su sentido. Ello supone que no sea negada, ni banalizada y que llegue a ser comprendida en la medida de lo posible. Llevar a los padres al terreno de la relación con los suyos propios, con sus imagos parentales, puede a veces permitirles que entiendan mejor al niño que sigue existiendo en ellos, lo que está en relación con la forma de entender a su hijo, y con los problemas de agresividad y culpa. El psicoterapeuta no debe ser identificado con un personaje superyoico, exigente o generador de culpa. Los padres se sentirían perseguidos y podría producirse un abandono de la consulta o, por no perder el control del objeto perseguidor, los padres no podrían romper con el terapeuta, pero se opondrían de manera más o menos inconsciente a toda su labor con el niño.

Nuna la culpa de los padres fue un buen aliado del terapeuta. Sin embargo, quizá no sea obvio decir que una cosa es hacer una adecuado manejo de la culpa de los padres, y otra muy distinta es validar — por ejemplo con el silencio — comportamientos parentales que a todas luces son nocivos para el niño. Me refiero a comportamientos o actitudes que pueden ser abordados con los padres, pero que el terapeuta en el fondo es escéptico del trabajo con ellos, y quizá demasiado optimista con las posibilidades de trabajo con el niño.

Los investimientos parentales

Otro factor terapéutico del trabajo con los padrés es, además del tratamiento de la afectación narcisista y de la culpa, el abordaje de los investimientos fantasmáticos parentales en torno a las representaciones mentales del hijo. Y esto, a través de la anamnesis y del relato de la relación actual con el niño. Aquí lo más importante no es tanto el niño en sí a quien veremos en el próximo encuadre de la consulta como el niño fantasmático de los padres. Ellos nos cuentan una historia de su hijo, un relato en el que percibimos lagunas, presumimos la objetividad de muchos sucesos y sospechamos deformaciones de otros. Un relato subjetivo, que nos interesa como tal, y que está modulado por emociones y manifestaciones muy diferentes.

Cuando hemos conseguido previamente un buen contacto con los padres, y tenemos la suerte de que éstos posean una buena percepción de sí mismos, podemos seguir a través de la anamnesis una especie de correlación de lo que podría ser el desarrollo psíquico del niño en los investimenos parentales. Se podría hablar de algo similar a las líneas de desarrollo descritas por Ana Freud, pero haciendo referencia al mundo interno de los padres y concretamente

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

a la evolución de sus investimientos y fantasías en torno al niño, así como también de sus modos de relación con él en la realidad.

Pues bien, desarrollo psíquico del niño y evolución de los investimientos parentales no son historias paralelas, sino interactuantes y precediendo en los cambios cualquiera de ellas a la otra. Sin embargo, por la importante dependencia que suelen tener una historia de la otra, cuando una de ellas regresa, se para o se distorsiona, es entonces cuando los síntomas aparecen en el niño o cuando los padres consideran síntoma lo que no es más que una reacción normal de aquél, ante la inadecuación de los investimientos parentales.

Por eso creo que en las entrevistas es importante que el psicoterapeuta hable con los padres desde el lugar del niño, o mejor aún, que lo traiga en su discurso como interlocutor de los padres. Y pienso que resulta de todo interés que el psicoterapeuta todavía no conozca aquí al niño. Es un niño diferente el que tiene que hablar en estas entrevistas con los padres. Es el niño sobre el que el psicoterapeuta infantil reflexiona constantemente en su profesión, y también es el niño para cuya construcción el terapeuta invoca recuerdos y situaciones de los padres a quienes se dirige. Si los padres se confrontan con este niño imaginario, es posible que no vuelvan a reproducirse exactamente los mismos circuitos relacionales repetitivos con su hijo. Puede que a éste lo descubran más allá de su muralla proyectiva. Dicho en otras palabras, los padres retirarán sus proyecciones, o, como diría B. Cramer, «desparasitarían» al niño.

El diálogo con el psicoterapeuta ha de estar encaminado a permitir modificaciones en los investimientos parentales, a abrir un espacio donde puedan tener lugar los cambios espontáneos del niño, o los que sean fruto de una psicoterapia. Si este espacio no existe ya en los padres, o no se ha creado en la consulta, la buena evolución de una psicoterapia puede estar comprometida, lo mismo que el futuro psíquico del niño. Winnicot dice refiriéndose a las indicaciones de la consulta terapéutica, que él cuenta con la ayuda de un entorno inmediato favorable y, cuando no es así, desaconseja este tipo de intervenciones con el niño.

Me he referido aquí a las fantasías e investimientos parentales en torno al niño, como si los padres fuesen un solo personaje. No puedo abordar aquí el tema de otra forma, pero es obvio el interés que tendría hacerlo.

Segundo encuadre: Padres/Niño/Psicoterapeuta

Este encuadre —que consideraré muy brevemente— suelo utilizarlo después de las entrevistas con los padres, y su objeto es en primer lugar que me presenten y presentarme yo al niño, en segundo lugar una puesta en común de algunas informaciones que considero importante que el niño sepa que yo tengo a través de los padres y, por último, tomar contacto con la dinámica relacional del niño con cada uno de sus padres y viceversa. En general suele ser una breve entrevista y en ella hay elementos que podríamos considerar terapéuticos y sobre todo otros que de algún modo preparan el mejor desarrollo del resto de la consulta.

Movimiento identificatorio de los padres

Se me ocurre comentar simplemente uno de ellos y es el movimiento identificatorio que los padres suelen tener hacia el psicoterapeuta cuando éste habla con el niño y también con los tres como pequeño grupo familiar. A menudo alguno de los padres, o los dos, se apresuran a contestar en el lugar del niño, unas veces imaginando que se encuentra en apuros insalvables, y otros, evitando que el niño dé una determinada respuesta no deseada. Es evidente que el niño tiene en general una mayor espontaneidad cuando se dirige a sus padres, pero, sin embargo, es frecuente que muchas cuestiones de las que podrían ser tratadas entre padres e hijos, no lo sean. Por eso en la entrevista les sorprende que el niño pueda tener una determinada opinión o que pueda haber percibido, por ejemplo, que desde hace un mes su madre está preocupada y él se pregunta si no será por su culpa. Todos hemos vivido en alguna entrevista, confesiones inéditas de un niño ante la perplejidad de sus padres. Sin duda es una determinada actitud del terapeuta y el propio encuadre, quienes lo propician. Los padres salen a veces de esta entrevista, habiendo descubierto algún nuevo modo o espacio de encuentro con su hijo.

Tercer encuadre: Niño/Psicoterapeuta

En este encuadre yo suelo empezar por charlar un rato con el niño, salvo si se trata de un chavalín muy pequeño con el que paso entonces directamente al juego. Comparto la opinión de que juego o dibujo son el vehículo fundamental para tener acceso al mundo interno infantil. Sin embargo, creo también que hablando con el niño, podemos conocer muchos aspectos de su funcionamiento psíquico. Pienso que ambas cosas pueden complementarse y que no es lo mismo la entrevista con un niño de 10 años que

con uno de 5. Winnicott, si lo juzgaba conveniente, pasaba del juego del «squiggel» a la conversación con el niño interesándose, por ejemplo, por su medio familiar y luego se sumergía de nuevo en el mundo del dibujo.

Participación del psicoterapeuta en el juego

Para adentrarse en un primer factor terapéutico de este tercer encuadre, quisiera recordar lo que opina Diatkine sobre la importancia de la participación del psicoterapeuta en el juego del niño. El considera que esta participación en el juego, tiene un valor similar para el niño al de la escucha del psicoanalista para el adulto.

Cuando en la consulta se invita a jugar al niño o se le muestra simplemente la caja de juguetes, la actitud de los psicoterapeutas varía mucho según su forma de participación en el juego. En cualquier caso, es necesario que el niño pueda advertir que su juego es objeto de atención, seguimiento, interés y comprensión por parte del terapeuta. Si éste no logra transmitir estas actitudes básicas al niño, habrá avanzado posiblemente en la comprensión de su funcionamiento mental, pero no creado las condiciones que propicien un cambio de dicho funcionamiento.

Comparto la opinión de Diatkine cuando valora tan positivamente la verdadera participación del psicoterapeuta en el juego, no como cualquier adulto que se entretiene jugando con un niño, sino creando un espacio relacional imaginario, donde muchas cosas son posibles sin grandes consecuencias.

La participación adecuada del terapeuta en el juego tendría también una importancia grande a la hora de ese momento crítico de la consulta que Winnicott llamó «período de reevaluación». Es decir un momento que a veces se percibe en la entrevista, en el que parece que no pasa nada, pero el niño, apoyándose en lo sucedido hasta entonces en su relación con el terapeuta, sopesa inconscientemente la seguridad que él le ofrece, antes de decidirse a afrontar el riesgo de una mayor profundización y apertura de su mundo interno.

La actitud «muy particular» del psicoterapeuta

Interesa aquí considerar no solamente la actitud más o menos participativa del psicoterapeuta en el juego infantil, sino una actitud suya más global con respecto al niño en la consulta y que constituye otro importante factor terapéutico de este tercer encuadre. Me refiero a esa actitud que Diatkine califica de «muy particular»

y que tiene fuertes resonancias psicoanalíticas. Es esa actitud, a veces silenciosa y otras más participativa, pero siempre comprensiva, benévola, tolerante. No consiste en hablar más o en hablar menos, ni tampoco se trata de ser complaciente con el niño. Quizá lo que se cree con ella, es una distancia que no es distanciante o una proximidad sin compromisos. Sin compromisos, porque el niño espera que su comportamiento vaya seguido de una determinada respuesta, que el terapeuta a veces no estima oportuno darla y dará otra (siempre, puesto que es imposible no dar ninguna). Pero gracias a esa actitud particular del psicoterapeuta, el niño no debe sentirse desairado, pese a que por un momento se pregunte si ha estado a punto de serlo. ¿Desairado por qué? Pues porque lleva mucho tiempo buscando en sus profundidades y superficies fórmulas de expresión y de comportamiento que le permitan hacer frente a su entorno, obtener de él lo que necesita o le gusta y esto en la medida en que sus contradictorias exigencias internas se lo permitan. Y bien, el resultado más acabado de todos estos esfuerzos es posiblemente uno de esos comportamientos o actitudes suyas en la consulta, que le hacían esperar una determinada respuesta del terapeuta: la misma que su entorno estaba acostumbrado a darle. Que el terapeuta no se la dé, o le dé otra a cambio, pone en cuestión tirse desairado y por eso también es necesario esa actitud fundamentalmente comprensiva del terapeuta, que contenga y reduzca la afrenta narcisista. Lo que es evidente, como tantas veces repite Diatkine y dijo Fenichel, es que no hay que entrar en el juego de los automatismos de repetición allí donde se quiera propiciar un cambio.

La intervención y la interpretación

Pasemos finalmente a otro factor terapéutico de este tercer encuadre: Me refiero al papel terapéutico, pertinente o no, que puedan representar las intervenciones y las interpretaciones en la consulta con el niño.

Si entendemos por interpretación la puesta en evidencia de un deseo inconsciente y de las fantasías que los conforman, creo que no hay duda que su marco más idóneo es el tratamiento psicoanalítico y, dentro de él, la transferencia. Sin embargo la interpretación puede ser utilizada en algunas otras circunstancias, sin que ella constituya entonces la esencia de lo que se está haciendo. Tal es el caso de Winnicott, en el marco de sus consultas terapéuticas. B. Cramer, F. Palacio y J. Manzano, trabajando con niños más pequeños en sus terapias breves, se centran sobre todo en lo que Cramer llama el «área de mutualidad psíquica» entre padres y niños. Sus intervenciones e interpretaciones se dirigen fundamen-

talmente a los padres, siendo escasas las interpretaciones transferenciales al niño. De cualquier forma, tanto Winnicott como Cramer, Palacio y Manzano, delimitan el tipo de situaciones en que ello es posible y en general se apoyan mucho sobre la existencia de un movimiento pre-transferencial infantil. Winnicott dice refiriéndose a la situación de consulta que «nada es más difícil que explicar por qué durante un largo rato, o incluso durante toda la entrevista, uno se abstiene de toda interpretación y por qué razón en un cierto momento se retoma el material para hacer una interpretación dirigida al inconsciente»

Diatkine se muestra respetuoso con el inconsciente del niño y su interpretación: «No hay que invocar el inconsciente en vano», dice. Y explica lo costoso que es para el niño integrar una interpretación aún en situación analítica

Yo personalmente no dudo que en algunos casos es de todo interés para el niño que su material pueda ser interpretado en situación de consulta, siempre y cuando tengamos claro el riesgo que normalmente conlleva y la oportunidad de la interpretación.

Pero sobre todo creo que es importante el clima relacional en el que la interpretación pueda hacerse. Winnicott dice: «Yo pienso y yo espero que los niños en su relación conmigo tienen el sentimiento de poseer el derecho a rechazar lo que yo digo, o la manera en que yo concibo las cosas»

Diatkine pone de relive el valor de las intervenciones psicoterapéuticas, ligadas sobre todo a la participación psicodramática del terapeuta en el juego del niño y a modo de réplica asociativa. Estas intervenciones tendrían para Diatkine una valor estimulante para el yo y propiciarían que el niño pudiese salirse de los procesos repetitivos que están dificultando su existencia y desarrollo.

La intervención terapéutica así concebida, me parece un instrumento de toda utilidad terapéutica en el cuadro de la consulta.

En fin, las interpretaciones oportunas, las intervenciones, la actitud particular del psicoterapeuta y su participación en el juego del niño, son todos ellos factores terapéuticos de la entrevista infantil Todos contribuyen, como dice Diatkine, a la confrontación de los automatismos psíquicos de repetición del niño con otro sistema del que dispone el psicoterapeuta capaz de dar un sentido peculiar a sus producciones. De esta confrontación se puede esperar a veces una significativa flexibilización de dichos fenómenos repetitivos.

En esta exposición breve son muchos los aspectos terapéuticos de la consulta que quedan sin abordar y una perspectiva que considero muy valiosa no la he tenido apenas en cuenta en esta ocasión. Me refiero a la perspectiva familiar, que considera como fundamental la fuerza del funcionamiento de la familia como un todo, como un sistema que es más que la suma de sus partes y que sin duda hay que tener muy en cuenta en la consulta infantil. Sin entar en el tema, quiero simplemente apuntar que los padres, si bien no son todo el sistema familiar, son el primer sistema, el sistema fundante de la familia y creo que por ello la mayor parte de los problemas psíquicos infantiles pueden ser abordados con los padres y el niño, sin necesidad de trabajar con toda la familia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Cramer, B., *Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants.* Psychiatr. enfant, 1974, XVII, 1, 53-117.

2. Diatkine, R., *Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants.* Psychiatrie de l'enfant, XXV, 1, 1982, P.U.F. París.

3. Palacio Espasa, F., *Indications des aproches psychothérapeutiques brèves avec des enfantes d'âge prescolaire et leurs parents.* Thèse Fac. de Medecine. Géneve.

4. Palacio Espasa, F., *Possibilités d'interventions thérapeutiques brèves parentes-enfants.* Psychiatrie de l'enfant. XXIV, 2, 1981, P.U.F. París.

5. Palacio Espasa, F., Manzano, J., *La consultation thérapeutique des trés jeunes enfants et leur mère.* Psychiatrie de l'enfant, XXV, 1, 1982. P.U.F. París.

6. Maud Manoni, *La primera entrevista con el psicoanalista.* Edit. Gedisa. 1978. Barcelona.

7. Winnicott, D.W., *La consultation thérapeutique et l'enfant.* Edit. Gallimard, 1979. France.

INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN LOS TRATAMIENTOS INDIVIDUALES Y DE GRUPO DE TIPO PSICOMOTOR, LOGOPEDICOS O PSICODRAMATICOS

Por Rodolfo RODRIGUEZ

En la práctica de un equipo paido-psiquiátrico de sector, trabajando a un nivel preventivo y terapéutico con los recursos que se pueden contar en una ciudad tan «psicoanalizada» como Ginebra, la psicoterapia psicodinámica es una respuesta minoritaria. Respuesta minoritaria visto los múltiples repuestos terapéuticos del equipo y la cantidad de niños consultados.

Esto es debido no solo a que las condiciones óptimas para realizar una psicoterápia psicoanalítica no se dan a causa de la familia, la escuela o la falta de motivación del niño sino también por la mejor adecuación estratégica de otro tipo de intervención, ya sea porque el niño se encuentra en fase de latencia, ya sea por causa de su estructura patológica, como es el caso de los niños borderlines, deficientes mentales, caracteriales o con trastornos de la personalidad.

La especificidad de estas respuestas terapéuticas no hay que buscarla en la inspiración o no en una psicología psicodinámica. Puesto que en Ginebra la mayoría de los terapeutas están psicoanalizados y hacen referencia a las teorías psicoanalíticas en tanto que psicología con un valor universal. La especificidad hay que buscarla en el aporte particular de la presencia, continencia y capacidad receptiva y comprensiva de tal terapeuta logopedista o psicomotor; hay que buscarla en el modelo teórico-técnico del terapeuta de la psicomotricidad o del psicodramatista; hay que buscarla en las réplicas, representadas o no a un nivel corporal, simbólico o escenificadas, por parte del terapeuta, así como en su forma de encuadrar y memorizar la conflictividad presentada por el paciente-niño.

En los grupos habrá que agregar todo el aporte de la dinámica de grupo, el encuadre y la imagen grupal, así como el entendimiento entre los terapeutas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

En nuestro equipo multidisciplinario distinguimos los tratamientos realizados por los logopedistas, terapeutas de la psicomotricidad y psicólogos no psicoanalistas, donde la elaboración de los contenidos latentes e inconscientes de los pacientes y de los terapeutas se realizan en un segundo tiempo, fuera de la presencia de los niños, con la ayuda de un psicoanalista supervisor, de los tratamientos psicodramáticos realizados por una pareja de psicoanalistas que se permiten interpretar los contenidos inconscientes durante la sesión con los niños, teniendo en cuenta las particularidades técnicas del psicodrama, donde la mayoría de las interpretaciones se hacen a través del juego y de la escenificación de los terapeutas.

Para ilustrar nuestro discurso exponemos a continuación dos tratamientos psicomotores, supervisados por mí y dos grupos de psicodrama-analítico con niños borderlines llevados a cabo con una coterapeuta psicoanalista.

El juego simbólico en la terapia psicomotriz

Cuando en la terapia psicomotriz se instaura el juego simbólico compartido y creador, se puede decir que la partida ya está bastante avanzada. Con su creación de vínculos, el juego simbólico es agente de organización y continuidad. Se articula, por un lado, con la representación o el fantasma; por el otro, con el gesto y la palabra, siendo todo ello soldado por la sensación y el afecto. Y, siempre situándose en una relación actual, remite a una historia pasada.

Todas estas cualidades hacen del juego simbólico un útil fundamental de las diversas terapias de niños.

Pero, ¿de qué tipo de encuentro se trata aquí? ¿quiénes son los participantes? ¿qué intercambian y cómo?

La terapia psicomotriz es un encuentro en que los cuerpos ocupan el primer lugar de la escena. Para simplificar, vamos a hablar solamente de encuentros entre una psicomotricista y un único niño, chico o chica. A la psicomotricista la conocemos ya: su rol, su formación... En cuanto a los niños vamos a hablar de algunos, que, por su manera de estar en su cuerpo, pueden ilustrar nuestro propósito.

Antes de nada, explicaremos lo que pasa durante la primera cita de estos dos personajes dispuestos, parece, a vivir una aventura juntos: cuando un niño se encierra con una psicomotricista en

un espacio limitado, considerado como el territorio de esta última, va a producir dos tipos de fenómenos. Bien se va a liberar, si puede, en una serie de maniobras tendentes a asegurar la continuidad de sus procesos psíquicos, es decir, que estimulado por lo insólito de la situación, por la presencia de la psicomotricista, por la sala y los diversos objetos que se encuentran allí, va a establecer una serie de vínculos. Vínculos entre los afectos y las representaciones, vínculos entre las imágenes de cosas y las imágenes de palabras, vínculos entre «sentirse en su cuerpo» y su capacidad de pensar, en fin, vínculos entre sus propios deseos y los que percibe como deseos del otro.

Naturalmente que las actividades psíquicas del niño van a traducirse, en el espacio intersubjetivo, por una serie de movimientos, gestos, posturas, o palabras, destinados a comunicar o a esconder sus procesos internos. Estas son las traducciones externas que van a permitir a la psicomotricista establecer rapidamente intercambios y juegos simbólicos con el niño.

Pero pueden encontrarse con niños que, en esta situación singular, no van a poder establecer una continuidad psíquica: a causa de sus fallas internas, estos niños se van a sentir en peligro frente a la psicomotricista y van a adoptar rápidamente defensas puramente motrices, es decir, que igual que pequeños animales asustados, van a reaccionar mediante la huida, la agitación o el bloqueo. Es este último tipo de niños el que va a poner en evidencia el verdadero sentido del juego simbólico y también todo el arte que deberá desplegar la psicomotricista para que tal juego se haga posible.

Katia entra por primera vez en el territorio de la psicomotricista rehusando mirarla; después, de golpe, viene la explosión: manifiesta una intensa agitación motriz, da vueltas, pierde el equilibrio, cae, ríe y vuelve a empezar, cada vez más fascinada por el movimiento. Parece imposible pararla; se lanza a todas las actividades con una fuerza desmesurada, toma el material para moverlo, para lanzarlo lejos, desarmarlo.

Ella «larga cable» hasta que la niña encuentra la distancia crítica a la que se considera como fuera de su alcance, y va a poder tolerar la presencia de la terapeuta. Utilizando ciertos objetos, la psicomotricista va a intentar algunas maniobras de aproximación; los objetos van a hacer el papel de intermediarios, de prolongaciones del cuerpo y del movimiento, de instrumentos de comunicación.

Silvia, desde el comienzo del tratamiento, trata de evitar el movimiento. Permanece inmóvil en el mismo lugar, después se deja caer y permanece sin moverse. Algunas sesiones más tarde, hace notar a la psicomotricista los múltiples moratones que lleva en las piernas, «se pega» a la mínima consigna recibida, y después no es capaz de cambiar de actividad, imitando de una manera estereotipada el primer movimiento realizado por la psicomotricista. Grita en cualquier momento con una voz aguda, como si buscara liberarse de un exceso de tensión.

Con Silvia, el arte de la psicomotricista va a orientarse hacia pararla. Va a reducir la distancia entre sus cuerpos a un mínimo operativo; con la ayuda de cobertores, mantas, pañuelos, va a intentar sensibilizar la envoltura corporal de la niña. Diversas manipulaciones, mensajes, relajaciones, serán necesarias antes de que Silvia pueda comenzar a sentir «lo agradable» de tocar y ser tocada, el calor corporal, el efecto del balanceo y del ritmo sobre el cuerpo.

En este último caso, al igual que con tantos otros niños, la psicomotricista ha intentado proveer un tipo de encuentro que remite, sin ninguna duda, a los primeros intercambios entre el lactante y su madre. Si se pudiera ver más claro lo que pasa durante estas primeras relaciones madre-niño, nos sería preciso distinguir, antes que nada, la relación del lactante con la madre-entorno, de la relación del lactante con la madre-libidinal.

La madre-entorno y sus sustantivos van a permitir al niño apropiarse de y constituir su envoltura corporal, su continente, su piel (Anzieu). La forma en que el niño será llevado, sostenido, manipulado por su madre aparecerá como fundamental (holding y handling de Winnicott). El ajuste del tono de la madre con el del niño, sus cuidados, su disponibilidad frente a las necesidades de él, lo serán igualmente. Después, a continuación, esta envoltura táctil-cinestésica va a ser reforzada por los aportes sonoros y visuales; éstos últimos van a ser altamente significativos para los efectos espejo descritos por Winnicott y Lacan. Nosotros pensamos con ellos que no es posible. «percibirse» hasta que alguien, la madre o su sustituto, nos devuelve nuestra propia imagen, de manera que uno pueda reconocerse en los ojos del otro.

Deficiencias a nivel de esta envoltura corporal-táctil o visual primitiva van a provocar «agujeros» que van a traducirse por faltas de límites. Así, la pequeña Katia a través de su «hemorragia» de movimientos, se «vaciaba» continuamente; o Silvia, que a causa

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

de sus desgarrones no se atrevía a moverse, por miedo de caer en pedazos. Otros niños, como Nicolás, van a dejar borrarse su piel-continente ante su arquitectura muscular. Este niño, durante los primeros meses de tratamiento, se muestra siempre tenso, crispado, dispuesto a saltar a la menor violación de su espacio; como si fuera una pared elástica hipertensa, él devuelve con brusquedad y con fuerza cualquier gesto y objeto que vaya a tocarle. Por el contrario, Giuseppe, para evitar vaciarse, dispersarse en movimientos insensatos, solicita sistemáticamente música y cantos, y que se le hable con una voz armoniosa y dulce. Los sonidos así emitidos producen sobre él, no solamente un efecto de acunamiento, sino también de contención y constituyen una especie de «envoltura sonora» que lo ayuda a conducir el movimiento y a dar una significación al gesto destinado al otro.

Por falta de tiempo, diremos pocas cosas sobre Christophe, niño sin consistencia, siempre mal atado, mal sujeto, dejándose caer contra los asientos, desbordante por todos los lados en cuanto se le quiere conducir y buscando continuamente encontrar un continente firme, acostándose sobre la dureza del suelo.

No podemos extendernos más sobre todo lo que en el niño con respecto a su psicomotricidad, revierte a la relación con la madre-libidinal. Si la madre-entorno era la fuente de continentes, la madre-libidinal y su cohorte van a ser fuente de un impresionante cauce de contenidos. Es la seducción por la madre-libidinal la que va a introducir en el bebé la alucinación de deseos, el fantasma, todo un repertorio de afectos dentro de la gama amor-odio. Es la madre-libidinal quien, erotizando la relación con su hijo, va a estimular las zonas erógenas (bucal, oral y genital) del bebé. Pero esta madre es también «la mujer del padre» y por esta razón, evidentemente, va a introducir al tercero y su conflictiva edípica, rápidamente sancionada por la prohibición del incesto. No insistiremos aquí en este fenómeno porque inumerables libros han descrito todo esto. Digamos solamente que en las relaciones del niño con la psicomotricista los deseos, los fantasmas, los conflictos edípicos del niño van a ser reactivados, repetidos y será preciso enfrentarse constantemente con ellos.

El juego compartido va a ser una salida para numerosos deseos no satisfechos, para múltiples conflictos no resueltos. En este registro, la psicomotricista va a ser, tan pronto el padre o el objeto del deseo del niño, tan pronto al padre «prohibidor» y temido o bien, por una astuta inversión de roles, la psicomotricista será el niño rechazado o maltratado mientras que el mismo niño será el adulto el padre o el maestro. Muy a menudo, entran en juego tres per-

sonajes: el niño, la psicomotricista en tanto que madre o mujer, y un tercero, tercero que empieza siendo la no-madre, el extraño o el padre. El tercero puede tomar cuerpo, como un personaje completo o estar allí, en el campo de la psicomotricidad, como un indicio, una marca. . Así, las leyes, los tabús, los finales de sesión marcan el límite entre el afuera y el adentro; las consignas necesarias para modular, encuadrar la relación entre el niño y la psicomotricista, van a ser consideradas como viniendo de fuera, como «elementos terceros», como trazos de unión, que, a la vez, separan pero también permiten otra diferente relación entre los dos protagonistas.

Frederic, angustiado ante la idea de que podía hacerlo todo con la psicomotricista y su material, agredía o rompía todo lo que se encontraba a su paso. Se calmó, cuando ella le precisó la regla explicándole lo que estaba permitido y lo que estaba prohibido añadiendo que toda transgresión a sus consignas sería sancionada por una detención de la sesión.

Ante ciertas libertades sexuales que Joël intentaba tomarse fuera de la sesión, la psicomotricista le recuerda ciertos tabúes que no se pueden saltar y evoca así a su pareja ausente.

Para muchos otros niños, son dificultades a este nivel las que hacen necesario un control por parte de la terapeuta. En Ginebra, el controlador es a menudo un psicoanalista de niños. Esta área de ventilación de la psicomotricista tiene repercusiones inmediatas sobre el niño que puede adivinar las palabras de un tercero situándose fuera.

Recordemos ahora que es el ajuste entre la madre-entorno y la madre-libidinal lo que va a permitir en el niño la aparición del fenómeno transicional, más tarde del objeto y del espacio transicional; espacio-tiempo donde el niño va a poder no solamente estar sino también inventar nuevas formas, nuevos moldes que van a servir más tarde, si él siente la necesidad, para volcar sus contenidos fantasmáticos mediante la creación de nuevos juegos simbólicos. Xavier, que nunca había jugado antes de entrar en psicomotricidad, atraviesa una primera fase en la que, mientras que la psicomotricista toca el piano, él se tumba sobre un colchón y, chupándose el dedo, realiza con la otra mano toda una serie de actividades con moldes, piezas de arquitectura, pañuelos, siendo estas actividades completamente desprovistas de todo significado aparente. Más tarde, estas actividades podrán integrarse en juegos compartidos con la psicomotricista y llegarán a ser ricas en significaciones para los dos.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Pero, llegados a este punto de nuestra exposición, puede revelarse útil, refiriéndose a Winnicott, intentar describir las diferentes fases que puede atravesar «EL JUEGO», si se le considera desde el punto de vista de la relación del niño con el objeto (madre o psicomotricista).

1.— El niño se confunde con la psicomotricista y sus anejos. Todo lo que pertenece a la psicomotricista pertenece también al niño. Lo que es difícil para la psicomotricista es tolerar que el niño niegue su propia existencia.

No hay verdadero juego pero se comparten sensaciones, sentimientos, modos de ser... Recuerden lo que hemos dicho más arriba respecto al comienzo del tratamiento de Katia y Silvia.

2.— La psicomotricista es percibida como un ser independiente, después es neutralizada, repudiada, y más tarde quizá aceptada por el niño. El niño experimenta así un sentimiento de omnipotencia, de control mágico, para experimentar, más tarde, un sentimiento de confianza que le permitirá actividades transicionales y la utilización de intermediarios.

La psicomotricista, plegándose al control del niño, debe también aceptar hacer el papel de «continente», incluso a veces de «retrete» donde el niño deposita aquello de lo que quiere librarse. También puede, al mismo tiempo, conservar una mirada admirativa y un oído atento para valorizar las proezas del niño, llenando así ciertas de sus fallas narcisistas.

Katia, la niñita agitada de la que hemos hablado, ha terminado por reconocer la existencia de la psicomotricista, pero para oponerse a todo lo que ella le proponía; después, al progresar, se ha estabilizado, y ha llegado a ser capaz de fijarse alguna actividad. Y por fin, juegos de intercambio «Tú-yo» comienzan a instaurarse.

En cuanto a Silvia, la niña bloqueada, inmovilizada trás su envoltura corporal desgarrada, remonta su miedo al movimiento y sus dificultades motrices: su primera victoria será aprender a saltar a la cuerda. Después, durante numerosas sesiones, en un juego muy preciso, ella construye un tobogán sobre el cual la psicomotricista debe ayudarla a subir; después, deslizándose por el tobogán, Silvia habla sin cesar diciendo no importa qué a su terapeuta. Des-

pués vuelve sobre ella misma, siempre por el mismo camino, describiendo un semicírculo, recomenzando incansablemente, con mucho placer hasta que un día, paralelamente a esta actividad, se pone a contar historias... Blancanieves, Cenicienta. Estos relatos sirven a la vez de pretexto y de molde para depositar en la psicomotricista las angustias que tiene en relación con la muerte eventual de su propia madre.

3.– Es la fase en la que el niño quiere estar solo en presencia de alguien, sin necesidad de control, o de continente por parte de otro. El niño juega ahora con la certeza de que la persona a la cual ha otorgado su confianza está disponible para él y le espera cuando, trás haberle olvidado, se acuerda de nuevo. la psicomotricista es sentida entonces como la persona que piensa en él, para la cual su juego puede tener siempre sentido. Aquí, como por otra parte todo a lo largo del tratamiento, la psicomotricista no debe tener ideas preconcebidas, sino dejarse guiar por el deseo del niño. El no respetar la producción del niño puede ser vivido por él como una invasión, corriendo el riesgo de encerrarlo en sus antiguas posiciones.

Katia, durante esta fase de su evolución, busca un contacto más estrecho, pide ayuda a la psicomotricista, le da la mano, se hace conducir. Sus juegos son mucho más elaborados, pero sigue siendo muy manipuladora («si continúas así, no te invito a mi fiesta», le dice a menudo a su terapeuta...).

Silvia, después de un retroceso, a la vuelta de sus vacaciones de Navidad, recorre tranquilamente las fases de comienzo para llegar a juegos en los que ella es majorette, cantante, princesa, en un escenario de teatro; la psicomotricista es entonces el público...

4.- Es la fase en la que el juego simbólico compartido es finalmente posible. Ahora hay un solapamiento de dos áreas de juego en un placer mútuo. La psicomotricista va a poder introducir su propia actividad de juego, su deseo, que puede ser integrado por el niño y reciprocamente. Es el momento de las construcciones comunes, de la ilusión compartida.

Katia y Silvia han comenzado, al final de un año de tratamiento, a realizar este juego simbólico compartido. Katia quiere jugar al lobo. Ella es un cerdito o una cabrita, la psicomotricista es siem-

pre el lobo, que debe encontrar toda una serie de astucias que le permitan aproximarse, siempre dándole miedo. Canalización de fantasmas en una estructura cambiante que permite, a la vez, una reducción de la distancia y un trabajo, por no decir un placer, a nivel del movimiento del cuerpo. Después, Katia va a introducir un nuevo juego: ella va a ser alternativamente el médico y la enfermera. Se trata para el médico, de encontrar una serie de inyecciones que puedan curar a la enferma. La psicomotricista va a aprovechar este juego para introducir la noción de separación próxima entre ellas.

Para Silvia, durante esta última fase, es cuestión de jugar al bebé que está metido en su cuna con una madre muy ocupada. El bebé, representado por Silvia, se siente abandonado e inconsolable; la niñera representada por la psicomótricista debe practicar toda clase de maniobras de aproximación y de consuelo, con grandes resultados aparentes. De pronto, es el hallazgo del gran balón de playa, el que sirve para todo, seno nutricio, cuerpo acariciante, lugar de reposo, de acunamiento... (buen y mal objeto). Este juego simbólico compartido permite a Silvia ser manipulada con entera confianza, tomar conciencia cada vez mayor de su cuerpo y de la importancia del equilibrio y del movimiento.

Estas magníficas evoluciones han permitido tanto a Silvia como a Katia integrarse juntas en un grupo de psicodrama después de un año de tratamiento psicomotor.

Todo esto parece demasiado fácil, pero si se tienen frecuentes contactos con la psicomotricista, ella les puede hablar de innumerables retrocesos, de todas las dificultades experimentadas a la hora de comprender lo que pasa entre ella y los niños, de ciertas situaciones caóticas en las que ella apenas puede contener sus propios movimientos interiores... Después, hablando de creación, ella nos puede decir que hay numerosos momentos en los que el niño, no solamente no crea nada nuevo, sino que repite incansablemente el mismo comienzo del juego, los mismos movimientos, hasta el punto en que ella desea intensamente para la sesión.

El niño puede instalarse en juegos reglados en los que nada pasa, a parte de lo que está escrito en las reglas. Felizmente hay muchos niños maliciosos que «hacen trampas» o inventan reglas nuevas, en la línea de conseguir el fin de ganar siempre. Pero también es verdad que cuando no podemos divertirnos con un niño en terapia, somos llevados de vuelta a nuestros propios límites, a nuestras deficiencias, y ahí, en ese lugar, siempre tenemos alguna

cosa que aprender; sobre todo si en el momento en el que nos sentimos útiles, encajando la proyección del niño, somos capaces de alimentarnos de nuestras propias ensoñaciones.

Permítanme, para concluir, hablarles de una de estas ensoñaciones, de la que se deja guiar por el poema del amigo poeta, Heberto Padilla:

«A este hombrecito, se le ha pedido su tiempo
su tiempo para unirlo al tiempo de la historia.
Se le han pedido sus manos
porque en una época difícil
no hay nada mejor que un par de buenas manos.
Se le han pedido sus ojos
ojos a veces velados por las lágrimas.
ojos para contemplar el lado límpio de la vida
porque para el horror un ojo extrañado basta.
Se le han pedido sus labios
sus labios secos y cuarteados para afirmar,
para erigir, con cada afirmación un sueño.
Se le han pedido sus piernas
sus piernas duras y nudosas
porque en tiempos difíciles
¿Hay algo mejor que un par de piernas
para el acercamiento o la huida?
Se la ha pedido el bosque que le alimentó de niño
con su árbol obediente
Se le ha pedido su seno, su corazón, sus hombres
y se le ha dicho
que todo esto era estrictamente necesario.
Y se le ha explicado, después
que todos estos dones serían inútiles
si no daba su lengua,
porque en los tiempos difíciles
no hay nada más útil para anudar el odio o la
memoria
Y finalmente se le ha rogado, por favor, que empiece a
caminar, porque en los tiempos difíciles, es ésta
sin duda ninguna, la prueba decisiva.

Técnica psicodramática analítica aplicada a niños fronterizos (bordelines)

El presente trabajo relata la experiencia realizada con la técnica psicodramática con niños fronterizos. Esta técnica se realiza con niños neuróticos, en los países de lengua francesa, desde hace va-

rias décadas, con mucho éxito. Las diversas publicaciones que figuran en nuestra bibliografía, dan testimonio del desarrollo y del interés de esta técnica.

En nuestra civilización occidental, el diagnóstico de fronterizos (borderline), se acrecienta paulatinamente en detrimento del diagnóstico de neurosis, tanto en los adultos como en los niños. Las diversas técnicas psicoterapéuticas empleadas hasta ahora para tratar la neurosis, han tenido que ser modificadas para adaptarse a este nuevo tipo de patología.

A través de la experiencia con un grupo de niños fronterizos, intentamos introducir diferentes modificaciones en la técnica psicodramática para adaptarnos a las particularidades conflictivas que presentan estos niños. Hubo modificaciones en cuanto al encuadre, y en cuanto a la evolución psicopatológica de éstos.

Para mejor puntualizar estas modificaciones evolutivas, hemos dividido esta experiencia terapéutica en tres etapas, seguidas de un breve epílogo.

Introdución histórica al psicodrama

El término conceptual *psicodrama* se lo debemos a J.L. Moreno, quien en 1923, en Viena, después de haberse interesado por la expresión de conflictos sentimentales a través del teatro de improvisación, se dedica a obtener efectos de catarsis sobre su paciente y artista de teatro Bárbara, a través del juego dramático de diferentes escenas.

La técnica psicodramática inventada por Moreno se perfecciona con su emigración a los Estados Unidos en 1925 y la creación de una academia de psicodrama (New York). Pero es sólo en 1946 cuando Moreno publica su primer volumen «Psicodrama». El segundo volumen, en colaboración con su mujer Zerka T. Moreno, aparecerá en 1959.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en 1946, dos equipos próximos de psiquiatría infantil comienzan a interesarse en la técnica psicodramática aplicada a grupos de niños. Un primer grupo o equipo, en torno a Mirielle Monod, la cual se había formado en la academia de Moreno en New York, buscan los efectos catárticos del psicodrama en niños con trastornos psíquicos. El segundo equipo, en torno a Serge Lebovici, apoyándose en la práctica de la psicoterapia y psicoanálisis de niños, descrita por S. Freud,

A. Freud y M. Klein, y a través de la lectura de la obra de Moreno, intentan crear una nueva técnica psicoterapéutica de grupo, que bautizan con el término *Psicoanálisis dramático en grupo.* Después de una experiencia práctica con la técnica dramática y de haberse enriquecido con nuevas nociones en dinámica de grupo, los dos equipos confrontan sus experiencias llegando a un cierto acuerdo sobre esta técnica psicodramática que va a apoyarse en el psicoanálisis, o sea, sobre las nociones de transferencia, de repetición y de construcciones analíticas. El término que va a consagrar esta nueva técnica y diferenciarla del psicodrama moreniano será *Psicodrama analítico.* Durante varios años los psicoanalistas que se interesan en la aplicación de las teorías psicoanalíticas a las terapias infantiles y a la comprensión de la dinámica grupal, podrán enriquecer y precisar la técnica de psicodrama analítico. Diferentes autores van a publicar sus teorías al respecto, D. Anzieu en 1956, Lebovici, Diatkine y Kestemberg en 1958, D. Widlocher en 1962. Otras publicaciones que enriquecen la técnica psicodramática con las nociones psicoanalíticas de Lacan en torno del imaginario, lo simbólico y lo real, aparecen en 1972 con el libro de Genie y Paul Lemoine de un lado, y con el libro de M. Basquin, P. Dubuisson, B. Samuel-Lajeunesse y G. Testamale-Monod, del otro. Mencionemos de paso ciertas publicaciones que, siguiendo la pauta «moreniana» contribuyen a enriquecer la técnica psicodramática con niños; se trata del libro de Zerka Moreno y del libro de Ancelin-Schutzenberger. Todos estos autores han influenciado de cerca o de lejos nuestra formación en psicodrama analítico, el cual practicamos en un centro de psiquiatría infantil de Ginebra (S.M.P.) desde hace ya unos quince años. Centro y técnica que han recibido una cierta influencia de la práctica y la enseñanza del Prof. R. Diatkine. Si se pudiera definir esta técnica psicodramática en pocas palabras, nosotros diríamos que en la base del psicodrama analítico se encuentra la idea de representación. Esta representación exterior de las imágenes y de los afectos internos, tiene como fin revelar al otro y a sí mismo algo oculto. Si bien en el teatro esta revelación es destinada al espectador, en el psicodrama es destinado al actor. Como en el psicoanálisis, lo que se trata de revelar en último extremo es el fantasma inconsciente. El juego dramático busca despertar y desarrollar un fantasma a través de la escenificación de una situación imaginaria en una relación de transferencia grupal. En resumen, el psicodrama es una forma de psicoterapia analítica, que es practicada por una pareja de psicoanalistas que utlizan el juego dramático improvisado para tratar un grupo de niños que suele oscilar entre tres y seis componentes. Como lugar, una sala espaciosa, donde el grupo pueda moverse libremente, con un sillón donde poder sentarse para discutir sobre las ideas, los papeles, las escenas, las interrelaciones grupales. Tiempo: una sesión o dos se-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

manales, de una duración entre media y una hora según los actuantes.

Niños fronterizos

Fronterizos: «Borderlines» para los anglosajones; «Etats limites» para los de lengua francesa; o Prepsicóticos, según el término utilizado por R. Diatkine; cada uno de estos términos intenta destacar un aspecto patognomónico fundamental de la estructura psicopatológica de esos pacientes. «Borderline», implica que la organización patológica de esos niños se sitúa entre la psicosis y la neurosis. «Estados límites», implica más bien que se encuentran en el límite de caer en la depresión, por falta de una organización defensiva neurótica consistente, al borde del precipicio que implica la herida o la hemorragia narcisista que acaba con la estima de sí. Prepsicótico, porque la evolución posible en circunstancias desfavorables es hacia la organización psicótica, al llegar a la adolescencia. Fronterizos porque la sintomatología se encuentra en la frontera, en la encrucijada de todas las grandes organizaciones psicopatológicas que pueden afectar al niño a esta edad (Fase de Latencia). Así, el funcionamiento mental del niño fronterizo puede hacer pensar en el funcionamiento del psicótico, por el hecho de hacer predominar a veces los procesos primarios sobre los procesos secundarios, particularmente cuando se ponen a hacer uso de la defensa maniaca, de actividades predelirantes, o ecuaciones simbólicas. Funcionamiento mental que puede tomar una forma de inhibición del pensamiento y de las actividades simbólicas dando lugar a un síndrome de seudodebilidad mental, pero si la deficiencia al nivel de las actividades simbólicas y de mentalización se traduce en pasajes al acto frecuentes, el niño fronterizo evocará los trastornos psicopáticos como veremos más tarde; el niño fronterizo también puede hacer uso de trastornos psicosomáticos o de relaciones perversas de tipo sadomasoquista para cubrir sus angustias depresivas.

Como el psicótico, el niño fronterizo si no se le trata, tiene un pronóstico grave. Al momento de las profundas reorganizaciones de la adolescencia, el niño fronterizo corre un riesgo elevado de que la enfermedad mental se instale en su psiquismo, comprometiendo considerablemente su vida de adulto.

Indicación de la técnica psicodramática

Cuando se adquiere una cierta experiencia en psicoterapia in-

fantil individual y de grupo, la técnica psicodramática es fácil de aplicar, sobre todo si se trata de una prescripción clásica: niño neurótico en fase de Latencia, inteligente y sin tendencia al acting out. Nosotros practicamos después de varios años con grupos de cinco-seis niños neuróticos, delimitando dos áres precisas, el área de juego y el área de la discusión-interpretación. Grupos donde las reglas son respetadas, donde durante todas las sesiones se realizan escenas interesantes y variadas, las asociaciones o elaboraciones vienen fácilmente, lo que permite las interpretaciones edipianas o edipificantes, siempre en relación con los fantasmas comunes preconscientes o inconscientes y la dinámica intertranferencial grupal.

Otra cosa es aplicar la técnica psicodramática a otra categoría de niños, ya sean psicóticos, ya sean caracteriales o débiles mentales. Los niños neuróticos a los que hacíamos mención más arriba, son niños que van a la escuela normalmente, que vienen al ambulatorio con padres motivados por el tratamiento. Otra cosa son los niños que se encuentran en establecimientos especializados porque han acumulado un retraso escolar considerable, porque no son tolerados en las clases normales a causa de un comportamiento, ya sea demasiado agresivo, ya sea demasiado pasivo.

Es evidente que para aplicar nuestra técnica tuvimos que recurrir a otras conceptualizaciones que las destinadas a tratar los trastornos neuróticos. Así nos fueron de gran ayuda los desarrollos conceptuales de A. Green en torno a los estados límites, los desarrollos de Winnicott en torno al área del juego y la simbolización, los desarrollo de Bion en torno del pensamiento y los desarrollos de J. Bleger en torno del encuadre. Y visto que las modalidades de comunicación simbólica habituales, tales como el lenguaje, el juego, el grafismo... estaban desinvestidas, nosotros tomamos un especial interés en captar sus expresiones corporales, ya sea mímica, gesto, o desplazamientos del cuerpo en el espacio a distancias variables con respecto a los otros cuerpos presentes. En este dominio tan delicado que es el diálogo corporal, los trabajos de D. Anzieu en torno del gesto y de las sensaciones tactilokinestésicas nos fueron de gran utilidad.

Hipótesis de trabajo

Varios son los motivos que nos indujeron a aplicar la técnica psicodramática a los niños fronterizos.

Son muchos los niños que acuden a nuestro Servicio con una patología borderline, las psicoterapias individuales se revelan cos-

tosas no sólo porque movilizan a un solo terapeuta para un solo niño, sino también porque son a menudo interrumpidos a pesar de las numerosas transacciones con los padres y maestros.

El grupo terapéutico psicodramático podrá permitirnos tratar más niños, y a la vez poder asegurar una mejor continuidad terapéutica, en la medida que los padres se sienten menos implicados por un tratamiento de grupo y dejan mayor libertad a los terapeutas.

Estos niños fronterizos que se sienten marginados, entre una angustia de abandono y una angustia de acorralamiento, debido al hecho de ser tratados en grupo, podrán, a través de la alianza realizada con los otros niños, por medio de la utilización del espacio terapéutico de una forma descentrada y debido al hecho de que los terapeutas, por ser una pareja, no están concentrados precisamente sobre él, encontrar una mayor libertad de acción, y menos necesidad de recurrir a defensas extremas como el acting out, el bloques de todos los aprendizajes y de las producciones simbólicas y el apagamiento de los sentimientos.

Este tipo de técnica grupal, con lo que comporta de encuadre, de compromiso y de exigencias nos sitúa, en tanto que terapeutas, en una posición más próxima a la de los maestros que en las terapias individuales o en los tratamientos medicamentosos, lo cual facilita el diálogo con ellos para la comprensión mutua de las dificultades escolares que presentan estos niños, y la búsqueda conjunta de soluciones.

El hecho de ser una pareja de terapeutas sexuados, podría estimular las fantasías de estos niños representando a los padres y otras problemáticas familiares, lo que constituye la base de una gran parte de las dificultades de estos niños. Los problemas referentes a la diferencia de generaciones y las diferencias sexuales podían ser tratados conjuntamente, sobre todo en la medida que los terapeutas se prestan para representar los diferentes papeles de los te mas de juego propuestos por los niños.

En fin, el hecho de jugar con todos los niños, permitirá construír diversos tramos simbólicos, lo que facilitará la secundarización de los procesos primarios, así como una mejor delimitación de los conflictos individuales y grupales. Expresiones simbólicas, secundarizadas, conflictivas que podrán ser interpretadas en un segundo momento. Las expresiones y el poder recibir las interpretaciones consecuentes de parte de los terapeutas, es facilitado en éstos niños borderlines, hipersensibles a las intervenciones de los adul

tos, por el hecho de encontrarse en grupo. El grupo no sólo estimulará a estos niños, sino que les hará sentirse aliados y protegidos. Los adultos que juegan papeles psicodramáticos a la vez que interpretan, serán vividos como menos perseguidores que si se limitaran a decir lo que entienden del material que ofrecen los niños de una forma reservada y misteriosa.

Casuística

En el presente trabajo, vamos a referirnos a dos experiencias realizadas con niños fronterizos en contextos escolares diferentes. En primer lugar hablaremos de una experiencia llevada a cabo en un barrio (Carouge) de la Ciudad de Ginebra, con niños integrados en una clase normal pero recibiendo el apoyo directamente de una maestra especializada que se ocupaba en particular de ellos, tres niñas y un niño: Cornelia, Sandrine, Rosario y Oscar. Y en segundo lugar hablaremos de otra experiencia llevada a cabo con un grupo de niños que frecuentaban una reagrupación de clases especializadas para niños fronterizos, en el seno de una escuela de barrio (Onex). Tres niñas y dos niños: Francine, Verónica, Natalie, Juan y Tierry.

Grupo del barrio de Carouge

Sandrine

Tiene cinco años cuando comienza el tratamiento psicodramático y va a clase ordinaria con el apoyo pedagógico especializado. Sandrine se había hecho notar al Servicio Médico Pedagógico el año anterior a causa de su comportamiento retraído y dependiente.

Ananmesis

Primera hija de una pareja de conserjes emigrantes italianos de la segunda generación. Matrimonio con principios morales muy rígidos, pero en buena relación conyugal, y con una cierta dependencia hacia sus propios padres.

Sandrine, que nació de un parto normal y que no tenía ningún problema somático particular, se instaló en una relación simbiótica con sus padres, hasta el punto de no poder hacer nada sin su madre, la cual habla de ella como si se tratara de una de sus extremidades corporales, lo que hace que Sandrine sea una de esas niñas sin historia clínica porque no hubo diferenciación entre ma-

dre e hija durante la primera niñez. Por ejemplo, cuando Sandrine quiere dormir a las ocho de la noche, los padres se acuestan al mismo tiempo para que no haya ningún ruido y así todas la noches hasta el nacimiento del segundo hijo, cuando Sandrine tenía cuatro años. En la primera de párvulos, a los cuatro años, se distinguió, de entrada, por un comportamiento de bloqueo extremo, llorando y reclamando a su madre todo el día. Fue muy difícil de examinar en la primera consulta del Servicio; luego, en la medida en que se pudo entrar en relación con ella, se observó un retraso de lenguaje considerable y del conocimiento en general. Un tratamiento psicomotor fue instaurado durante este primer año de párvulos en el seno de la escuela, tratamiento que permitió a Sandrine mejorar sus relaciones respecto al otro y avanzar fuera del estancamiento simbiótico en el cual se encontraba, y poder comenzar el tratamiento de grupo psicodramático al año siguiente, con la siguiente:

Sintomatología

- Trastornos de los aprendizajes escolares.
- Retraso del lenguaje y de las otras funciones comunicativas.
- Tendencia a replegarse sobre ella misma o a establecer una relación de dependencia extrema con el otro.
- Trastornos de personalidad de tipo simbiótico.
- Retraso psicomotor generalizado.

Cornelia

Tiene cinco años y medio al principio del tratamiento psicodramático y la clase de apoyo pedagógico; hace seis meses que se la conoce en el Servicio de Carouge a causa de su comportamiento y su retraso escolar.

Anamnesis

El nacimiento de Cornelia provoca el casamiento de los padres, dos italianos del Sur que nunca llegarían a entenderse durante el tratamiento. El padre, albañil y la madre vendedora, terminaron por divorciarse al final del tratamiento de grupo de Cornelia, la cual, aparte de un nacimiento normal y un desarrollo psicomotor dentro de las normas, comienza a distinguirse cuando tenía año y medio, llorando todas las noches durante un año, hasta que su madre, encinta de su segundo hijo, la envía varios meses con sus abuelos a Italia. Esta separación constituyó un gran traumatismo para Cornelia, la cual a su regreso a Ginebra había perdido el len-

guaje y permanecía acostada la mayor parte del día. A su entrada a la escuela de párvulos, a los cuatro años y medio, se hace notar a causa de su comportamiento. Cornelia, muda, se queda en un rincón de la clase sin moverse ni hacer nada. Señalada al Servicio del barrio de Carouge, se la toma inmediatamente en tratamiento psicomotor, tratamiento que moviliza a la niña pero que pone de relieve su angustia profunda y un funcionamiento de tipo fronterizo. Es de notar además, unos episodios febriles de origen psicosomático. En el momento en que se integró al grupo presentaba la siguiente:

Sintomatología

- Retraso psicomotor, con paratonías, falta de habilidad y distress corporal.
  Retraso del lenguaje (francés e italiano) con tartamudeos y problemas articulares.
  Pesadillas todas las noches.
  Eneuresis nocturna.
  Bloqueo masivo de los primeros aprendizajes escolares.

Rosaria

Tiene seis años cuando consulta al Servicio de Carouge e instauramos el tratamiento psicodramático. Es señalada por la maestra de segundo de párvulos por retraso escolar masivo.

Anamnesis

Hija de una pareja de italianos, de emigración reciente. La madre mucho más joven que su marido, vino de Italia a casarse. La separación de su familia la hizo deprimirse, depresión que duró hasta que nación la niña. El padre es obrero mecánico, menos ansioso que su mujer.

Rosaria, que nació de un parto normal, los primeros meses se desarrollaron sin dificultad, salvo que lloró durante todo el primer año de su vida, sin que su madre sepa porqué. Luego empezó a enfermarse a menudo de amigdalitis, otitis, de los dos a los cinco años, hasta que se le operó de vegetaciones; eneuresis primaria hasta los cinco años; desarrollo psicomotor y de lenguaje en retraso sin que la madre sepa precisar de cuánto.

Una hermana nació cuando Rosaria tenía tres años y medio, desarrollándose más rápidamente y mejor que ella.

Cuando Rosaria comenzó la escuela a los cinco años, presentaba un retraso generalizado, tanto en lo que concierne a la comunicación como a las actividades manuales. Al examen intelectual presenta un retraso de año y medio, muchos estereotipos del lenguaje, comportamiento extraño e incoherencia del pensamiento, lo que hace suponer la existencia de trastornos prepsicóticos y la necesidad de un tratamiento urgente.

Sintomatología

- Retraso intelectual y de los aprendizajes escolares.
- Retraso y alteración del lenguaje y de las otras funciones simbólicas.
- Trastornos relacionales, tipo ecolalia e imitación estereotipada del otro.
- Trastornos de la personalidad de tipo prepsicótico.
- Eneuresis intermitente, diurna.

Oscar

Tiene cinco años cuando es señalado al Servicio de Carouge y que empezamos a tratarlo en el grupo terapéutico. Durante su primer año de escuela, Oscar no sólo no aprende, sino que con su comportamiento agitado impide el trabajo de la maestra.

Anamnesis

Padres españoles recientemente emigrados a Ginebra, obreros de profesión, con una hija que se desarrolla bien y con un hijo menor. Oscar, que presenta dificultades desde el nacimiento, a poco de suceder éste, comienza a presentar problemas de alimentación, vomita muy a menudo y luego pasa a tener insomnios y se golpea la cabeza antes de poder dormirse. Luego, cuando empieza a caminar, aproximadamente al año y medio, Oscar tiene frecuentes crisis de rabia, tirándose al suelo y golpeándose; más tarde manifiesta una dificultad creciente a expresarse con el lenguaje tanto en francés como en español, haciéndose comprender por medio de gestos. Además, padece una eneuresis primaria diurna y nocturna, con momentos de encopresis. Todo esto dura hasta la entrada de Oscar en la primaria de párvulos, a los cuatro años. En

el segundo año de escuela Oscar es integrado en la clase ordinaria con apoyo especializado.

Sintomatología

- Retraso en los aprendizajes escolares.
- Retraso considerable del lenguaje.
- Crisis de rabia frecuentes.
- Eneuresis y a veces encopresis.

Evolución

Estos cuatro niños pasaron primero por una etapa en la que se trataba de descargar sus impulsos agresivos entre ellos y sobre todo con sus terapeutas; movimientos donde la envidia corrosiva predominaba sobre los procesos de identificación, donde solo había bosquejos de relación de grupo. Así, a menudo Cornelia y Sandrine decían ser niños gemelos y atacaban a Rosaria que asumía el rol de un bebé que se moría de hambre o de enfermedad contagiosa, mientras que Oscar decía ser un perro salvaje que orinaba sobre los paseantes. Ese rol de perro salvaje le servía a la vez para atacar a los otros y para protegerse, evitando también caer en lo que podía ser vivenciado como una trampa de los terapeutas. Todos los niños lograban así sentimientos de omnipotencia, los terapeutas despreciados, maltratados, podían apenas mantener un mínimo de encuadre. Más de una vez Oscar se fue de la sala; Sandrine, por su parte, se negaba a entrar; Cornelia se encerraba en una especie de mutismo espeluznante; Rosaria tomaba como modelo a uno de los terapeutas y lo imitaba de una forma ecolálica.

En la segunda etapa, se trataba a menudo de una familia que iba a bañarse a la piscina. Uno de los niños, generalmente Rosaria y el perro (Oscar) doméstico se caen al agua y se ahogan a medias puesto que no saben nadar. El padre (el terapeuta) se tira a la piscina para salvarlos, sacándolos con dificultad del fondo del agua y llevándolos urgentemente a una clínica donde van a poder vomitar toda el agua que tragaron; la madre (la terapeuta) que se quedó angustiada con los dos niños (Cornelia y Sandrine) regresa a casa a esperar a su marido, preparando cosas buenas para comer. Una vez en casa el bebé (Rosaria) curado, y el perro (Oscar), la madre los reconforta con cariño, mientras el padre ayudado por su hijo mayor (Cornelia) reconstruye la casa que está en ruinas y la hija mayor (Sandrine) prepara las camas para pasar la noche.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

En la tercera etapa, como en el grupo precedente pudimos inventar historias, leyendas, donde los participantes asumían un papel que les era propio. Por ejemplo, en una de esas historias donde había desplazamiento simbólico, Oscar es un caballero armado con una lanza y una espada que ataca a la bruja (la terapeuta) que ha encantado a una princesa (Sandrine) muy bonita. Por su parte, Cornelia es un genio bueno que ayuda al caballero en peligro, Rosaria es un escudero que ayuda al señor del país (el terapeuta) a defender sus bienes, puesto que el caballero para poder atacar a la bruja tiene que pasar por las tierras del señor y existe riesgo de que se quede con una parte del territorio, una vez que la princesa sea desencantada y que quiera casarse con ella. Como se puede constatar, esta historia aparte de ser una construcción común del grupo, es una métafora del mito edípico que estructura la conflictividad de cada niño.

Resultados

Durante los tres años que duró el tratamiento, hubo mejoría de los diferentes síntomas de los cuatro niños. Sobre el plano escolar, Sandrine, Cornelia y Oscar fueron integrados plenamente en clases normales, sin necesidad del apoyo del profesor especializado. En cambio, Rosaria fue integrada en una clase de adaptación con un programa escolar ajustado a su ritmo que es más lento que el de los otros tres niños. Así es que hubo desbloqueo de los aprendizajes escolares para los cuatro niños.

Sandrine. Aparte de la mejora de los resultados escolares hubo otros cambios en su salud: tres años después del tratamiento, no tiene ningún problema de lenguaje y de comunicación. Lee y escribe correctamente; se encuentra bien y ha adquirido habilidad con sus manos y con su cuerpo en general.

En cuanto a la personalidad, Sandrine se salió de sus relaciones de tipo simbiótico y del repliegue sobre sí misma; en cambio, tiene tendencia a contar demasiado con el adulto y si no puede contar con él, Sandrine se entristece y hasta a veces llora si sus padres la hacen esperar. Personalidad con ciertos rasgos neuróticos que parece bien preparada para el futuro.

Cornelia. Al cabo de tres años de tratamiento sigue el ritmo de su clase pero su comportamiento está más perturbado desde que los padres se divorciaron este año.

Cornelia se expresa correctamente en francés e italiano y no tiene dificultades particulares con el francés escrito; en cambio pre-

senta más dificultades con las matemáticas. Ya no tiene pesadillas y la eneuresis nocturna cesó. Si bien es mucho más hábil con sus manos, Cornelia no parece estar muy a gusto con su cuerpo y muchas veces manifestó su deseo de ser un niño mayor. Nos parece evidente que Cornelia tendrá algunas dificultades para situarse en su identidad sexual a la adolescencia así como a asimilar las transformaciones puberales de su cuerpo y que una ayuda psicológica en ese momento le favorecerá.

Rosaria. Tiene un cierto retraso escolar por lo que se encuentra en una clase de adaptación, pero se puede decir que Rosaria pasó el capítulo de la prepsicosis y que se ha neurotizado como los otros niños. Sin embargo, presenta todavía ciertos problemas relacionales, sin imitar estereotipadamente, como hacía al principio, tiene tendencias a establecer relaciones de dependencia. Mejoró mucho su lenguaje y las otras funciones simbólicas, pero tiene ciertas dificultades con la lectura y la escritura, sobre todo en ortografía. Ella cesó su eneuresis tanto diurna como nocturna, pero parece tener pesadillas de vez en cuando. Nos parece oportuno continuar un tratamiento individual con ella, ya que presenta todavía problemas de personalidad de una cierta envergadura.

Oscar. Aparte de desbloquear sus retrasos en los aprendizajes escolares, a causa de su comportamiento, terminó repitiendo un año escolar en la escuela normal. Fue necesario, aparte del tratamiento psicodramático un aporte logopédico para que lograra restablecer el lenguaje oral y escrito a un nivel normal. Oscar se expresa actualmente sin dificultad tanto en español como en francés. Al poco de empezar el tratamiento cesó su eneuresis y sus accidentes de encopresis y tampoco tenía tantas crisis de rabia como al principio. En cambio, se transformó en un niño muy deportista y competitivo, muy seguro de sí y de su masculinidad.

Grupo de clases de adaptación de Onex

Thierry

Es señalado al servicio del barrio de Onex cuando tiene ocho años, por fracaso escolar rotundo y comportamiento de niño aislado y casi mudo. Se le incluye inmediatamente en un grupo psicodramático durante su paso por la clase de adaptación.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Anamnesis

Problemas conyugales importantes provocan el divorcio de los padres a poco de que Thierry comenzara la escuela. El padre se aleja de la familia y Thierry, que es el quinto y último hijo de la familia, deteriora su comportamiento y sus resultados escolares.

Thierry, que no tuvo ningún problema particular en cuanto al nacimiento ni a sus primeros desarrollos psicomotor y lingüístico, desde el comienzo de la escuela primaria, a los cinco años muestra una gran dificultad para expresarse oralmente y una enorme reticencia a tomar contacto con sus compañeros. Debido a su pasividad e inhibición, acumula rápidamente un retraso escolar considerable, en particular con la lectura. Su tendencia a aislarse y a apagarse hace que Thierry angustie a los maestros que se ocupan de él, que terminan por evacuarlo a una clase de adaptación del barrio. Es en esta clase donde nosotros le incluimos en un grupo psicodramático.

Sintomatología

- Fracaso escolar por desinvestimiento de los aprendizajes.
- Fobia-bloqueo relacional.
- Pasividad extrema y repliegue sobre sí mismo.
- Falta de movilidad intelectual, acompañada de confusión y de repetición.
- Ansiedad y tendencia a la fuga.

Verónica

Tiene seis años cuando llega a la clase de adaptación, procedente de un jardín de infancia especializado, y siete años cuando nosotros la integramos en el grupo de psicodrama. Tiene gran dificultad a relacionarse con sus compañeros de clase de adaptación y para abrirse a los conocimientos escolares.

Anamnesis

Padres suizos de clase media en buen equilibrio familiar, el padre trabaja como maestro socio-profesional, la madre trabaja a domicilio. La hija mayor se desarrolla armoniosamente, sin dificultades escolares.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Durante el embarazo de Verónica, la madre padece una hemorragia al sexto mes y aunque el parto es llevado a término, es patológico. Verónica padece al nacer una asfixia neonatal grave con convulsiones, seguido luego de un retraso considerable de la aparición del lenguaje, las primeras palabras aparecen hacia los tres años. Luxación congénita de la cadera, tratada ortopédicamente entre el octavo y el décimo-octavo mes; da sus primeros pasos a los veintidós meses, presentando dificultades para caminar correctamente a causa de una hemiparesía persistente hasta la edad de comenzar la clase de adaptación. En la escuela y en el jardín especializado, Verónica presenta grandes dificultades para dibujar, expresarse oralmente, leer, contar, a pesar de dar señales de un buen potencial intelectual mal utilizado. En cuanto al comportamiento tiende a aislarse y a desaparecer en el interior de ella misma, hasta tal punto que sus compañeros la agreden a menudo para sacarla de este estado. Es frecuentemente el chivo emisario del grupo; muy lenta en sus reacciones aunque muy voluntariosa. Se concluye sobre el diagnóstico de un síndrome psicoorgánico en una organización borderline.

Sintomatología

- Retraso considerable en los aprendizajes escolares, por bloqueo e inhibición.
- Tendencia al aislamiento y al vacío.
- Dependencia extrema del adulto.
- Tendencia al mutismo expresional y gestual.
- Pasividad y encerramiento que provoca la agresividad de los otros.

Natalia

Es integrada al grupo psicodramático de Onex a los ochos años. Lleva dos años en clase de adaptación pero hasta ahora los padres se habían negado a todo tipo de intervención psicoterápica a pesar de su fracaso escolar y el apagamiento de su personalidad.

Anamnesis

Padres suizos de clase media. El padre es un aceptable profesional que trabaja como cocinero aunque su formación sea el dibujo publicitario. La madre trabaja en un almacén y es de notar en ella su ansiedad y su culpabilidad hacia su única hija.

Natalia nace con una luxación de la cadera que necesita una serie de hospitalizaciones desde los cuatro meses de edad hasta los dos años y medio. Hacia los tres años es operada de estrabismo divergente. Cada hospitalización, cada separación de la madre, constituye un traumatismo psíquico para Natalia. Recientemente se ha descubierto una ligera hipoacusia de un lado, que contribuye a culpabilizar aún más a la madre. Natalia manifiesta un miedo acérrimo a ser tocada, como si tuviera miedo que se la maltratara de nuevo. Presenta un retraso en el desarrollo psicomotor a causa de las secuelas de la luxación congénita de la cadera. Aparición del lenguaje a la edad normal, pero con muchas deformaciones en los fonemas, lo cual persiste hasta el comienzo de la escuela de párvulos a los cinco años. Desde el comienzo en la escuela, Natalia presenta enormes dificultades relacionales no pudiendo integrarse al grupo (niña solitaria y miedosa). Como a la vez presenta muchas dificultades de aprendizaje, es enviada a una clase de adaptación hacia los seis años.

Sintomatología

- Angustia de abandono y de maltrato muy evidente.
- Niña que no quiere recibir ni saber nada del adulto.
- Bloqueo y repetición de ritos defensivos, impidiendo nuevas experiencias.
- Retraso considerable en los aprendizajes escolares.

Francine

Tiene nueve años cuando la integramos en el grupo de psicodrama. Se encuentra integrada en una clase normal cuando empieza el tratamiento, pero a pesar de la diferencia de edad con sus compañeros más pequeños, Francine no sigue el programa escolar para niños de siete años, y es cuestión de integrarla en una clase de adaptación.

Anamnesis

Familia suiza de clase alta, el padre es ingeniero y la madre licenciada en letras, los dos hijos mayores se preparan para cursar estudios universitarios. Buena armonía familiar. Nace de un embarazo y un parto normal, pero desde edades muy tempranas acumula un retraso del desarrollo. Retraso que se correlaciona con un

miedo ancestral a relacionarse y a solicitar al adulto, ya sea pariente o extraño. Así empieza a caminar con retraso, dice las primeras palabras tardíamente, deforma el lenguaje (fonemas) hasta los cuatro o cinco años. Incomprensible en sus expresiones de lenguaje y gestuales, lo que hace que a los cuatro años sea integrada en un centro de día especializado en problemas de lenguaje. Luego, vistas sus dificultades relacionales y de personalidad, es integrada en un hospital de día especializado en niños psicóticos, desde los seis a los ocho años. Como Francine progresa en la comunicación y los aprendizajes diversos, a los ocho años es integrada en una escuela normal de su barrio, con niños dos años más pequeños que ella. Es en la medida que varios de sus síntomas persisten, que nosotros nos decidimos a tomarla en tratamiento con otros niños de clase de adaptación, pero con el propósito de que pueda quedar integrada en una clase normal con la ayuda de un apoyo psicopedagógico.

Sintomatología

- Angustia de separación intensa, que tiene como consecuencia que tienda a fusionarse con el primer adulto que le ofrezca su apoyo.
- Proyecciones masivas sobre los otros niños con quien establece una relación de dependencia y control.
- Falta de autonomía en su trabajo escolar, que acarrea una gran dificultad para aprender y para retener.
- Problemas relacionales con los otros niños que a causa de su actitud tienden a agredirla y a burlarse de ella.
- Francine se descompone y llora a la menor contrariedad.

Juan

Es integrado al grupo psicodramático a la edad de nueve años. Se encuentra en clase de adaptación desde hace tres años, pero no hace ningún progreso ni en el plano escolar ni en el de su personalidad, ni sobre el plano somático (retraso de crecimiento).

Anamnesis

Segundo hijo de una pareja de emigrantes andaluces, obreros sin cualificación profesional, desfavorecidos sobre el plano sociocultural, semianalfabetos. La hija mayor realiza una escolaridad mediocre pero permanece integrada en el circuito escolar normal.

Juan nació prematuro de varias semanas, con un peso inferior al normal, pero sin necesidad de incubadora. Desarrollo psicomotor, de lenguaje y somático muy lento, acumulando progresivamente un retraso en todos los dominios del desarrollo. Además, hasta la edad de cinco años Juan fue hospitalizado varias veces por pérdida de conocimiento cianótico. Empieza la escuela a los cinco años, donde se constata inmediatamente su retraso de desarrollo y su bloqueo frente a los aprendizajes escolares, confirmado por su psicólogo, donde Juan es diagnosticado de débil mental ligero homogéneo. Como consecuencia de ello, es integrado en un reagrupamiento de clases de adaptación en Onex, al año siguiente de comenzar la escuela. La sintomatología que vamos a describir a continuación se constata sin evolución durante los años que precedieron al tratamiento de grupo.

Sintomatología

- Retraso intelectual y de los aprendizajes escolares.
- Comportamiento infantil y regresivo.
- Trastornos psicomotores: agitación o bloqueo.
- Retraso y deformación del lenguaje en francés y aún peor en castellano.
- Trastornos psicosomáticos frecuentes tipo bronquitis asmatiforme de repetición.
- Retraso del crecimiento de aproximadamente tres años.
- Criptorquidia necesitando una operación durante el tratamiento de grupo.
- Trastornos de la identidad psicosexual, Juan se viste a menudo de niña y dice no querer ser un muchacho. Prefiere que lo llamen María en vez de Juan.

Evolución

Este grupo de psicodrama con niños más mayores y más perturbados que el grupo precedente, sigue todavía su curso después de dos años y medio de tratamiento. Sin embargo, a estas fechas de la psicoterapia de grupo podemos dividir el proceso terapéutico en tres grandes etapas como en el grupo psicodramático precedente.

Primera etapa

El ejemplo siguiente resume someramente en qué posición se

encontraban los diferentes miembros del grupo al comienzo del tratamiento.

Frente a una proposición de juego dramático realizado por los terapeutas, Francine rompe con toda forma de juego o de rol, diciendo que ella lo que quiere es jugar al elástico y pide que un adulto le sirva de peón, si no, se las arregla para que la persigan mientras ella echa a correr y, si un terapeuta la alcanza, se tira al suelo y se pone a llorar.

Desde un principio, a partir de cualquier pretexto, Juan dice que es una mujer, se pone unas faldas, unos zapatos de mujer, un pañuelo en la cabeza y sin ton ni son, se pasea a través de la sala. Aparte de ser una mujer, su rol no se inscribe en ninguna trama.

Verónica por su parte se queda muda en medio de la sala, con cara de desafío, y si se le dice algo se agita, dando golpes a diestro y siniestro siendo muy difícil poder tranquilizarla para los terapeutas.

Natalia, en cambio, está siempre muy ocupada en hacer la comida, en limpiar, en desplazar objetos de un lado a otro, sin que se sepa qué papel juega y sin poder dejar de trajinar continuamente.

Thierry, al llegar al grupo, se encarama sobre un armario y se pone a mirar lo que hacen los otros. Luego, desde su observatorio hace gestos que hacen pensar que está presente y dispuesto a participar de lejos. Lo cual nos permitirá más tarde el tratarlo como un mono que está sobre un árbol.

A partir de estas escenas individuales de cada uno por su lado, se llega a construír interacciones entre dos o tres miembros y luego, en tiempos posteriores, con los cinco niños. Por ejemplo, los terapeutas somos unos viajeros que tienen una hija (Juan) que encuentra a una mujer (Verónica), plantada en medio del camino para impedir el paso a los caminantes, mientras que las dos mujeres rivales se enfrentan, delante de los dos terapeutas, espectadores, Natalia, cargadas de objetos, viene a vender lo que sea; Francine pide jugar a esconderse y Thierry baja de su árbol para fustigar al grupo. Los terapeutas se transforman en policías de la circulación, que dirigen el tráfico de caminantes y vendedores y que dan cacahuetes al mono para ocuparlo.

En la segunda etapa, como en los otros grupos, pudimos constituir una familia banal, que realiza la vida cotidiana, una familia que va también a visitar museos; nosotros, los terapeutas, sòmos

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

siempre los padres; Thierry, que ahora se mueve en el centro de la sala, es el hermano mayor que conduce el autobús familiar; Juan es el hermano mayor que ayuda a la madre a ocuparse de los bebés, Verónica y Francine; Natalia es la tía soltera de la familia, que se ocupa de hacer las compras y las comidas. Hay verdadero proceso de grupo, pero las actividades son muy concretas y monótonas, no hay creaciones originales.

En la tercera etapa hay juegos con desplazamientos simbólicos, como es el caso en un juego que repiten con variantes diferentes, el circo-teatro. Thierry es un acróbata extraordinario que ejecuta el salto de la muerte en diferentes ocasiones delante de un público asombrado. Ayudado por su entrenador-empresario (el terapeuta) da muchas representaciones y gana mucho dinero. Siguiendo su ejemplo, Juan, uno de los espectadores, se procura una moto y se pone a practicar con ella sobre un trapecio, desencadenando el aplauso del resto de la sala, las mujeres del grupo Verónica, Francine, Natalie y la terapeuta, las cuales, después de asistir al espectáculo de circo, organizan una escuela de ballet para poder luego montar una función. Los bailarines se entrenan, bajo la mirada escrutadora de la maestra coreógrafa (la terapeuta) que les da consejos. Las tres niñas bailarinas del Lago de los Cisnes dan un espectáculo, mitad teatro, mitad baile, que provoca el entusiasmo del público de hombres: Juan, Thierry y el terapeuta.

Resultados

Al cabo de dos años y medio de tratamiento psicodramático, todos los niños han podido progresar con respecto a los aprendizajes escolares y a la organización de la personalidad.

Juan, a pesar de un cierto retraso escolar, aprende a leer y a escribir, es menos agresivo que lo que pudo ser al principio cuando se le trataba como a un varón, recuperando su identidad masculina a través de las identificaciones establecidas con el terapeuta y el otro muchacho del grupo; reacciona de una forma más madura aunque sigue presentando un defecto de crecimiento para su edad. En el terreno psicosomático, sufre menos bronquitis asmatiformes y está mucho más equilibrado con respecto a su cuerpo y coordina mucho mejor.

Thierry fue reintegrado en una clase normal con solo un año de retraso; puede tener contactos con otros niños sin necesidad de encerrarse en un caparazón de aislamiento relacional. Es mucho más activo en sus gestiones y relaciones, desbloqueando sus pensamientos que son mucho más rápidos y seguros.

Verónica aprende a leer y a escribir y hace progresos en cuanto al resto de los aprendizajes, pero sigue en la reagrupación de clases de adaptación en un grado más avanzado. Tiene mejores relaciones con sus compañeros, llegando a establecer amistad con varias niñas de su clase, saliéndose de su aislamiento y pasividad, así como del papel de chivo emisario de su grupo de clase.

Natalia desbloquea los aprendizajes escolares muy tímidamente, continúa teniendo ciertas dificultades de lenguaje escrito, pero está mucho más abierta al conocimiento, teniendo más confianza en ella, y como consecuencia de ello, menos angustia de abandono o de maltrato, intercambiando con mayor facilidad con los adultos que quieren informarse o saber algo de ella. Sigue en el reagrupamiento de clases de adaptación.

Francine, vino al final de la escolaridad a la clase de adaptación que la prepara para entrar en el ciclo secundario, la integración en la clase normal, visto la diferencia con los otros niños, no pudo continuarse. Sin embargo, Francine es mucho más autónoma en su trabajo, está mucho más segura de sí misma, lo que hizo que dejara de fusionarse con los otros niños y que estableciera relaciones de amistad o de rivalidad que la estimularon. Cesó igualmente de llorar a la menor contrariedad, siendo más fuerte y teniendo ideas personales.

Comparación de los resultados con el de otras técnicas terapéuticas

Comparando los resultados obtenidos con esta técnica psicodramática analítica de grupo, con otras técnicas de grupo no analíticas o no psicodramáticas, por una parte, y con las técnicas analíticas individuales practicadas por nosotros mismos con este tipo de niños, por otro lado, es de resaltar:

El hecho de que el psicodrama analítico sea realizado por una pareja de terapeutas que encajan y juegan los roles propuestos por los niños, antes de interpretar los diferentes conflictos planteados, nos parece tener ventajas sobre la técnica de grupos propuestos por Anthony o Derchef en la que los terapeutas se limitan a interpretar el juego de los niños. De hecho los niños tratados por Anthony o Derchef son niños con problemas neuróticos, capaces de poder expresarse simbólicamente sin dificultad, con poca tendencia a pasar al acto o a la inhibición intelectual. Con nuestra técnica nosotros hemos querido demostrar que los niños fronterizos, los cuales serían una contraindicación para las técnicas de grupo clá-

sicos, se pueden tratar con la técnica psicodramática analítica, previo ciertas modificaciones como las que hemos expuesto a través de los diferentes ejemplos. Esta técnica psicodramática analítica también nos parece tener ventajas sobre las técnicas de grupo de juego sin interpretación como las pregonadas por Slawson y sus seguidores. Sin la posibilidad de interpretar el material, como hacemos nosotros en un segundo momento, los niños pueden encerrarse en una resistencia al juego por el juego y no realizar la concienciación de sus conflictos insconscientes; resistencia que puede impedir el cambio o la evolución terapéutica. Slawson, Anthony o Decherp citan los resultados con una mejoría neta en tres niños sobre seis, como media, y poca evolución en los tres restantes. Nosotros podemos decir que hubo mejoría en todos los niños y que sólo en un niño sobre cuatro, los resultados no fueron tan satisfactorios como se esperaba. Es de señalar que los niños bordelines que hemos citado como ejemplo, tenían una patología psíquica muy grave y que era de prever una mejoría en la medida que se les trató durante dos y tres años .Los grupos citados por Slawson, Anthony o Decherp duraron como máximo un año.

En cuanto a la comparación con los tratamientos llevados a cabo en psicoterapia individual con el mismo tipo de niño fronterizo, podemos decir que hubo menos interrupciones de tratamiento, como es el caso tan a menudo en la psicoterapia individual. Interrupciones que tienen lugar, sea porque los padres no soportan un cuestionamiento de la problemática familiar vivida a través de la psicoterapia del hijo; sea porque el niño se siente muy acorralado por un solo terapeuta que está enteramente pendiente de él.

Los resultados obtenidos con los tres grupos de niños citados más arriba, nos permitió confirmar nuestra hipótesis de base y demostrar que el psicodrama analítico de grupo, se revela como una técnica más económica y más eficaz que la técnica de psicoterapia individual, y esto tanto en cuanto al número de pacientes tratados como a la continuidad del tratamiento, y por consiguiente, a los resultados obtenidos.

Pudimos también verificar que los niños borderlines tratados en grupo por una pareja de terapeutas, pueden construir fantasías y complejos simbólicos más rápidamente que en la situación de terapia individual donde tienen tendencia a sentirse perseguidos y bloqueados. Las identificaciones múltiples, ya sean masculinas, femeninas o generales, se encuentran facilitadas por la pareja sexuada de terapeutas y los otros niños que participan. Es de notar aquí, que nosotros hemos trabajado siempre con grupos mixtos (niños de ambos sexos) lo que facilita las identificaciones generales y cru-

zadas, lo que lleva más directamente a la problemática familiar en todo su esplendor que la psicoterapia individual.

En último lugar, es de señalar como otra ventaja de la terapia de grupo analítica sobre la terapia individual, con niños fronterizos, el hecho de que los niños se sientan estimulados y protegidos entre ellos, una vez establecidas ciertas alianzas que nacen al sobrepasar las rivalidades u oposiciones de principios de tratamiento, y al avanzar el tratamiento, la interacción entre los niños es tal, que se puede decir que llegan a tratarse los unos a los otros. Los terapeutas con un encuadre y un arbitraje adecuados, deben favorecer estas interacciones y tratamientos de unos niños por los otros, canalizando y orientando la toma de conciencia y la elaboración de la problemática de fondo.

Primera etapa (envidia destructora)

Durante esta etapa los niños realizan los progresos siguientes:

Los sentimientos envidiosos destructores fueron contenidos y canalizados mediante la escisión de la imagen materna en buena y mala, lo que permitió el paso hacia la curiosidad sexual fuertemente inhibida en esos niños fronterizos. El paso siguiente fue la transformación de la curiosidad sexual a la curiosidad apistemofílica. En la práctica, estos niños empiezan a interesarse no sólo por la estructura del cuento sino por el texto escrito, lo que desencadena una apetencia por la lectura, apetencia bloqueada hasta entonces. Este interés por el contenido y la forma que toma el lenguaje escrito pudo ser explotado por los maestros que se ocupaban de estos niños al mismo tiempo que realizábamos nuestro tratamiento.

Los sentimientos de potencia fueron experimentados a menudo durante esta primera etapa, sentimientos necesarios a estos niños en la situación desastrosa en la que se encontraban para restaurar los sentimientos narcisistas de base, lo cual permite una cierta confianza en sí mismo.

El esbozo de los primeros bosquejos de construcciones simbólicas a través del juego común, puede permitir momentos de relación grupal inexistentes hasta entonces. Estas construcciones comunes pueden ser utilizadas en una segunda etapa por estos niños como simbolizantes. Simbolizantes/significantes utilizables para expresar los afectos conflictivos que constituyen las particularidades psicopatológicas de estos niños fronterizos.

Nuestra forma de tratar el material proyectivo de estos pacientes, recibiéndolo, encajándolo y metabolizándolo, contribuyó grandemente a transformar lo que era en un principio simple descarga motora o verbal en símbolos comunicativos. Lo que nosotros experimentábamos de sus proyecciones, eran impresiones de producciones psíquicas rotas, desvinculadas, no aptas para comunicar pensamientos u otras construcciones representativas. Lo que nosotros les ayudamos a retroinyectar mediante nuestras transformaciones, enriquecimientos del material psíquico aportado por ellos, fueron construcciones representativas, nuevas concepciones; aumentando así su capacidad de captar los pensamientos y una mayor consistencia del Yo. El hecho de puntualizar las oposiciones entre los términos antagonistas como bueno y malo, permitió un mejor desarrollo de la lógica del lenguaje.

Nuestra manera de responder a sus ataques corporales, conteniéndoles, respondiéndoles, sin odio ni afán de venganza, estableciendo así un diálogo corporal, permitió disminuir sus angustias de ser abandonados, de ser eliminados, así como los sentimientos de culpabilidad abrumadores.

En fin, empezó a haber cambio de una actitud pasiva a una actitud activa con respecto a las vivencias internas, en la medida que el caos, la desorganización en el interior de nuestra relación grupal fueron creadas por ellos y retenidas en forma de complejos representacionales.

Segunda etapa (matriz familiar)

Durante esta segunda etapa fue fundamental la creación de una familia imaginaria, practicando actividades cotidianas banales. Familia donde se escenifican los diferentes roles: padre, madre, hermano, hermanas y animales domésticos. Especie de matriz fundadora de la representación del grupo, reconfortante y desangustiada.

Las diferentes interacciones entre los miembros del grupo familiar, imaginario, permitió trabajar con estos niños la conflictividad propia de la diferencia de sexo y la diferencia de generaciones. Los juegos en torno a estos dos ejes relacionados facilitó las construcciones triangulares edipificantes.

En el interior de la dinámica grupal, al disminuir los sentimientos envidiosos, destructores y la intensidad de la herida narcisista, aparecieron sentimientos de amistad o cooperación de estos pequeños pacientes.

Individualmente, cada uno de los niños comienza a destacar variantes de comportamiento, modalidades del discurso, que hacen resaltar los conflictos afectivos que les son personales. Del magma comportamental donde todo estaba confuso, donde no parecía haber diferencia entre conflictos exteriores y conflictos internos, empezaron a diferenciarse no sólo las particularidades de cada niño sino la noción de lo que les era propio e interior, de lo que era común a todos y exterior. A través de las escenificaciones lúdicas, las cualidades personales de cada niño, físicas y psíquicas, van a poder ser valoradas, aumentando así la estima de sí mismo, tan necesaria para estos niños.

La curiosidad sexual continúa liberándose, en la medida en que nuestros pequeños pacientes se interesan en las diferentes modulaciones de la escena primaria parental, ya sea en el registro de lo sádico, ya sea en el registro de lo amoroso. Dando paso a este nivel, de los sentimientos de envidia a los sentimientos de identificación con las imágenes parentales.

Las realizaciones simbólicas acaecidas durante la protagonización de esta familia imaginaria, permitió un cierto dominio sobre las angustias de abandono y de invasión del otro y una mejor gestión de los conflictos duales.

Estas adquisiciones y desarrollos ocasionaron una mejor delimitación del yo de cada niño. Los procesos fantasmáticos del mundo interno se reactivaron, pero una mayor mentalización del yo hizo que en esta segunda etapa no hubiera transgresiones violentas del encuadre. Esta mayor mentalización del yo hizo que disminuiera notablemente el paso al acto de tipo caracterial.

Tercera etapa (símbolos metafóricos)

Durante esta tercera y última etapa, nuestros pequeños pacientes se despegan de las escenas familiares de contenido realista, para alcanzar producciones psíquicas donde los desplazamientos simbólicos son más marcados, lo cual coincide con una gran abundancia de construcciones simbólicas grupales y espontáneas (Squeegle game de Winnicott).

En esta tercera etapa no sólo aumenta la capacidad de pensar, simbolizar, fantasear, sino que se crea la posibilidad de una relación intersubjetiva de los terapeutas con cada uno de los niños. Relación intersubjetiva, fuente creadora de nuevos símbolos, de nuevas metáforas, capaces no solo de expresar los conflictos in-

ternos, sino de canalizar los diferentes sentimientos de displacer y angustia propios de la estructura patológica fronteriza.

Además los niños adquieren la posibilidad de desarrollar una historia en varias secuencias, sin perderse ni atascarse, posibilidad de realizar correcciones no sólo entre una secuencia y la precedente, sino también conexiones entre el contenido manifiesto y el contenido latente de la historia. Estas nuevas adquisiciones propias de la tercera etapa, permiten la introducción de los dos tiempos propios de la técnica psicodramática ortodoxa: tiempo de las representaciones dramáticas narcísico-edipianas y tiempo de las asociaciones, intervenciones e interpretaciones analíticas.

Todo esto hace que los niños se alejen cada vez más de la posición patológica propia del niño fronterizo, para organizarse de una forma más sana sobre el modelo de la estructura neurótica. Este funcionamiento neurótico hace que el pronóstico en cuanto a los riesgos de enfermedad mental grave en el momento de la reorganización de la adolescencia, se mejoró considerablemente.

En el terreno práctico, estos niños, exfronterizos, no sólo fueron capaces de mejorar sus resultados en cuanto al aprendizaje escolar y el comportamiento en el seno de sus grupos de clase, sino que al final de esta tercera etapa de tratamiento, estos niños pudieron ser reintegrados en las escuelas de sus barrios respectivos, integrados en la medida que los maestros de las escuelas de barrio, prosiguieron un programa escolar adaptado al funcionamiento de estos niños y sus modalidades de enfrentarse con los nuevos conocimientos.

A través de estas experiencias y de otras análogas con grupos de niños fronterizos, nosotros hemos pretendido demostrar que la técnica psicodramática, con ciertas modificaciones, es de una gran utilidad. A nuestro entender, el psicodrama analítico no sólo es una técnica curativa, entre otras, para tratar patologías fronterizas, sino que es una técnica específica para este tipo de funcionamiento mental, específica, en la medida en que la técnica psicodramática analítica es transformada, como lo hemos demostrado en las experiencias relatadas, para adaptarse a las particularidades psicopatológicas del niño fronterizo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

INTERVENCIONES CON LA FAMILIA EN PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Por RICARDO SANZ PONS

INDICE

I. INTRODUCCION

A. Nivel teórico: LA EPISTEMOLOGIA SISTEMICA
Psicoanálisis y terapia familiar sistémica.

B. Nivel pragmático: LA CLINICA SISTEMICA
el encuentro de los sistemas
el contexto
el sistema demandante: el DIAGNOSTICO
el sistema terapéutico

LOS TRATAMIENTOS

- Apoyo para tratamiento individual
- Consulta terapéutica incluyendo a los padres
  Psicoterapias madre-niño
- Psicoterapia de apoyo y/o consejos a los padres
- Grupos de padres
  Psicoterapias focalizadas
  Psicoterapia sistémica con un solo miembro
- Terapias de familia

PREVENCION EN SALUD MENTAL

CONCLUSION

I. INTRODUCCION

En Psiquiatría Infantil, tratar a un niño es tratar «con», «de», «a», «por», «para»... incluso «sin» (pues excluirlos ya es tenerlos en cuenta) miembros de su familia. El niño no viene solo, ni tiene conciencia mórbida, ni paga solo... Pero sobre todo, no se cura solo, ni enferma solo.

Toda persona que ha trabajado en un Servicio de Psiquiatría Infantil ha constatado hechos como los siguientes:

- un niño en tratamiento individual progresa: la familia lo saca del tratamiento.
  Un niño sintomático deja de serlo: un hermano aparece con otro síntoma.
  Pese a lo adecuado técnicamente de un tratamiento, el paciente no cambia.
  El niño «cura» tras una terapia: su familia se ha modificado paralelamente, aún sin tratamiento.

En la HISTORIA de la PSIQUATRIA INFANTIL se podría decir que hemos recorrido las siguientes etapas, que serían no excluyentes sino acumulativas (según un esquema de ACKERMANN y Peggy PAPP, modificado por mí):

1.° **NIÑO BIOLOGICO:** Es el niño como portador de un cerebro en desarrollo en el que la patología vendría de alteraciones groseras de éste: en la «Paidopsiquiatría pesada» clásica, la de los «tontólogos» y los cuadros de demencias precocísimas supuestamente ligadas a alteraciones orgánicas.

2.° **NIÑO INTRAPSIQUICO:** es el niño con *conflictos* entre las instancias de un aparato psíquico en formación. Es el niño de la *neurosis infantil,* con defensas nacientes y con síntomas o conductas inadecuadas como formaciones de compromiso. Pero tomado como un individuo, artificialmente aislado de su entorno. El modelo epistemológico es el energético de FREUD, basado en las leyes de la termodinámica.

3.° **Período de «LAS MADRES MALAS»:** se descubren influencias patógenas de madres cuya conducta es descrita como hiperprotectora (LEVI, 1943) (68), esquizofrenógena (FROMM-REICHMANN, 1948), rechazante... El niño sería víctima inocente pasiva. Hay una interesante crítica de este concepto en el artículo de C. SAEZ (94).

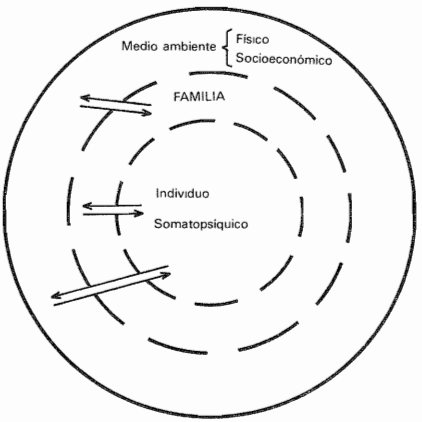
4.° **LA DIADA MADRE-NIÑO:** se vio que el niño influencia como estímulo y como respuesta, en un clásico esquema E—R las conductas de la madre. Ya desde bebés, los infantes son diferentes: los hay hipertónicos e hipotónicos... La respuesta de la madre, su modo de tomarlos en brazos y de calmarlos tendrá que ser distinta y más o menos adecuada.

5.º **SE «DESCUBRE AL PADES»:** el papel de éste va cobrando importancia en la literatura (89) (30) y en la práctica: en los Servicios de Psiquiatría Infantil se les convoca – ¡y vienen! – cada vez con más frecuencia.

Desde el punto de vista psicoanalítico, GILLIERON (42) apunta que, tras el nacimiento, la pareja madre-hijo debe cumplir la progresiva diferenciación que tan bien ha descrito WINNICOTT (105) mientras que «el pene del padre espera, más o menos pacientemente, la conclusión de ese estado amoroso o psicosis fisiológica». De ese «más o menos pacientemente» y de su instauración de la LEY que permite el acceso al orden simbólico hacen depender los lacanianos el origen de la psicosis por la forclusión del nombre del padre (30).

6.º **LA FAMILIA: LAS TRES GENERACIONES:** Finalmente se comprende que los padres, a su vez, han tenido padres que han dejado en los respectivos aparatos psíquicos de los hijos las huellas de sus propias estructuras familiares. Se llega así a la teoría de las 3 generaciones (BOWEN), («hacen falta 3 generaciones con deterioro progresivo de las funciones psíquicas y de la comunicación para hacer un esquizofrénico») y al enfoque familiar de los problemas.

7.º **EL NIÑO ECOLOGICO o el niño en su contexto bio-socio-económico,** confirmación desde diversas ciencias (Etología, Genética, Psicología. .) del «yo soy yo y mi circunstancia» orteguiano: Sistema psicosomático abierto a la interacción con su medio en diversos planos (intercambio de materia, de energía y de información) y estructurado concentricamente (ver gráfico).



© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

En los servicios de Paidopsiquiatría era bastante clásico que el niño fuera visto y/o tratado por el psiquiatra mientras que la Asistente Social del mismo equipo se ocupaba de la madre. Múltiples complicaciones surgían del hecho de, por ejemplo, las transferencias cruzadas (la madre que echa una miradita de reojo al despacho donde su hijo cuenta los secretos al psiquiatra; el niño que se escapa de la sesión para controlar con quién y de qué está hablando su madre...) y las contratransferencias a veces competitivas o fóbicas (se ha dicho que muchos paidopsiquiatras tenían un auténtico comportamiento fóbico respecto a los padres de los niños en tratamiento con ellos).

Es evidente que en la infancia, los síntomas que llevan al psiquiatra dependen mucho menos del sufrimiento del paciente que de la tolerancia familiar. Son los padres, la familia, quien decide quién está enfermo y quién no, según patrones culturales o familiares de salud mental. Esto explicaría el curioso hecho de que en casi todas las consultas de paidopsiquiatría del mundo la proporción de consultantes niños/niñas es de 3 a 1, mientras que el quebrado se invierte en psiquiatría de adultos, 3 mujeres por cada hombre. El éxito escolar del varoncito es más apreciado que el de la muchacha y los padres suelen estar más atentos a cualquier síntoma de aquél.

También se observa que, en general, los comportamientos en los que predomina la inhibición, aunque sea manifestación de un transtorno mental grave, son mucho mejor tolerados que los comportamientos expansivos, agresivos, de oposición o rebeldía. Ello motiva que por ciertas psicosis infantiles se consulte tarde, mientras que abundan consultas por «desobediencia» que se nos aparece a veces como la respuesta más fisiológica a un ambiente dado.

Además, la mayoría de los niños son traídos a la consulta en un momento particular y decisivo... de la evolución de la neurosis del carácter, asintomática, de los padres. Es siempre interesante preguntar a los padres por qué consultan ahora, hoy, no un mes antes ni una semana después... Podemos entonces ver que aunque el padre o la madre dicen que ellos estarían perfectamente bien y felices «si no fuera por lo del niño», han decidido consultar por una enuresis de 3 años de evolución, justo cuando está a punto de fallecer la madre de ella, por ejemplo.

¿El destino de un niño estaría, pues, marcado por las estructuras psíquicas de sus padres?

El niño existe ya en el inconsciente de sus padres (o si se quiere, por utilizar un lenguaje menos psicoanalítico, en su imaginación), desde antes de venir al mundo. Las fantasías de la madre durante el embarazo, la elección del nombre, la expectativa de sexo... son datos que no pueden faltar en una anannesis interaccional.

A. Nivel teórico: LA EPISTEMOLOGIA SISTEMICA

Muy resumidamente recordaré que se basa en la teoría general de los sistemas (von BERTALANFFY) (14) (19) (104) y la teoría de la comunicación (100) (101) (102) (103) (13) (86)... de las que solo enunciaré:

— **Los 7 axiomas básicos de la comunicación:**

1. No se puede no comunicar.
2. La comunicación tiene dos niveles: el contenido y la relación.
3. Existen 2 modos de lenguaje: digital y analógico.
4. La relación entre interlocutores depende de la puntuación de las secuencias.
5. La interacción entre 2 comunicantes puede ser complementaria o simétrica.
6. «Yo comunico algo a alguien aquí y ahora».
7. En la comunicación humana es posible la comunicación sobre la comunicación, o sea, la *metacomunicación.*

— **Las características de los sistemas abiertos** aplicables a la familia:

Totalidad
Circularidad o retroacción
Homeostasis-morfogénesis
Equifinalidad

Por falta de tiempo doy por conocidos estos conceptos y su aplicación clínica. Podremos explicitar algunos si surge en la discusión.

También tendré que pasar rápidamente sobre un tema de moda y apasionante: las relaciones entre teoría de sistemas y psicoanálisis (37) (38) (43) (44) (46) (47) (67) (77) (78) (80) (85) (86). Solo puedo constatar, después de lo leído, experimentando en mi práctica y reflexionando, que son 2 epistemologías distintas, en cuanto

a su objeto, a la vía de concimiento y al contexto o encuadre para la observación. Con todo, tienen un área común y unas posibles «bisagras» o puntos de articulación que podrían ser:

1. LA EXTERNALIZACION, que es un modo de defensa del Yo, a colocar entre los otros mecanismos de defensa compilados por Anna FREUD: represión, desplazamiento, negación, transformación en su contrario, etc., pero muy particular porque es lo que LAING ha llamado defensas transpersonales, para diferenciarlas de las otras, que serían intrapsíquicas. Es el intento de actuar sobre la experiencia de otras personas para preservar el propio mundo interno regulando el del otro. Por ejemplo actuar dificultando la maduración y autonomía de los hijos para preservar el estatismo y anular en la fantasía la aproximación a la muerte, por parte de los padres.

2.— Los trabajos sobre el fantasma y su relación con los mitos y los secretos: GILLIERON (42) (43) (65); FERREIRA (32), AUSLOOS (10) (11). Partiendo del artículo clave de LAPLANCHE et PONTALIS (65) sobre fantasmas originarios, GILLIERON (42) se pregunta por el origen familiar de los fantasmas intrapsíquicos y enlaza con las investigaciones de FERREIRA (33) sobre los mitos familiares. GILLIERON (43) postula que es la estructura de la familia la que es generadora de los fantasmas originarios intrapsíquicos. Les recuerdo que fantasmas originarios son, en psicoanálisis, el Edipo, la castración, el nacimiento, la escena primitiva, la seducción. Los fantasmas originarios son «escenas», «argumentos», que describen estructuras relacionales. El niño, en su desarrollo psíquico, introyecta no (o no solo) imagos parentales sino ***relaciones*** con y entre éstas. Estas «escenas» pueden ser, en un momento dado de la evolución psicogenética del niño, sea interiorizadas, en forma de fantasmas, sea «actuadas», por los padres y por el niño, de tal manera que el funcionamiento familiar en su conjunto puede impedir la estructuración de fantasmas intrapsíquicos en el niño. Esto equivale a decir esquemáticamente, que por ejemplo, una niña auténticamente seducida por su padre no podría hacer un fantasma de seducción; la escena primitiva no puede funcionar en el universo metafórico para alguien que la ha visto y oído diariamente durante años de infancia y adolescencia. O también, Edipo, el Rey, el de Sófocles, no tuvo un verdadero complejo de Edipo neurótico.

3. El intento de J. FRAMO (23) de aplicar la teoría de las relaciones objetales de FAIRBAIRN a las interacciones familiares, sobre la base del «dilema relacional simbiótico».

4. Los estudios de LIBERMAN (69) (70) (71) y de los LIENDO (38) (39) (40) y de otros psicoanalistas argentinos (6) (15) (16) (80) partiendo de la lingüística, del estructuralismo pero también de su experiencia clínica con parejas y familias.

En numerosos artículos recientes (43) (44) (46) (47) (67) (77) (97) hay intentos de cotejo, comparación y diferenciación de ambas epistemologías. Muy resumidamente podríamos recordar, con LEBOVICI (66) que no se pueden aplicar conceptos metapsicológicos sacados del encuadre de la cura a otras teorizaciones. O, como reconoce MIERMONT (74): «Psicoanalistas ortodoxos y sistémicos puros parecen de acuerdo, al menos, en esto: hay que evitar las trampas de las ***aleaciones*** poco fiables».

Pero, en la práctica, como dicen los LIENDO en su último libro: «tal integración no solo está plenamente justificada sino que es ya imprescindible para profundizar el estudio de los mensajes psicopatogénicos y psicoterapéuticos, así como el de las situaciones en las cuales dichos mensajes son emitidos, y de las características semiológicas, comunicacionales y psicosociales que hacen que dichos mensajes puedan llegar a adquirir tales efectos enfermantes o curativos» (38). Y LEBOVICI, quien ha hecho cierta evolución, tras una postura reticente en su artículo de 1969 (66), declara en 1981 (76),: «... es necesario reconocer la aportación inmensa de los sistémicos en relación a las tentativas, (además inhábiles porque cercanas de la práctica llamada «salvaje») de algunos psicoanalistas que se contentan explicando las relaciones entre los fantasmas inconscientes de la madre y los transtornos mentales del hijo». Y también LEBOVICI en el Seminario de Perfeccionamiento de la Fondation Vallèe (1983): «la teoría freudiana debe ser revisada a la luz de una teoría cibernética».

En cuanto a la práctica, saliéndonos ya de la exigencia de pureza epistemológica, podríamos concluir con MIERMONT: «junto al oro de la cura psicoanalítica, al plomo de la práctica corriente y al platino de la sistemia, existen otros metales, aleaciones y materiales más o menos adaptados a las realidades clínicas que encontramos» (74), sin olvidar la constatación (¿advertencia?) de CRAMER, PALACIO y otros (27): «La epistemología del clínico se polariza, ante todo, por su intencionalidad terapéutica. Nos parece que son los datos emanados de los tratamientos los que van a in(formar) su pre-contra-transferencia respecto a un síntoma particular y a guiar su implicación en toda situación diagnóstica y terapéutica».

B. Nivel pragmático: LA «CLINICA SISTEMICA»

$$S_D + S_T \quad S_{D \leftrightarrow T} \quad S_{D'} + S_{T'}$$

Toda actuacion asistencial (diagnóstico, terapia, prevención) en psiquiatria infantil se puede considerar como una relación y por tanto, supone un obligado intercambio (de información o/y energia) entre dos sistemas abiertos:

el S_D: el sistema demandante, familia, individuo, institución... pero siempre vistos ecológicamente, formando parte de un sistema

el S_T: el sistema terapéutico o más ampliamente asistencial, que se define en relación mayormente complementaria con el S_D (aunque hay también elementos simétricos) del tipo: «quiero ayudar-quiero ser ayudado».

Al tomar contacto, se constituye un nuevo sistema, durante un cierto tiempo inestable, con pasos sucesivos por diferentes estadios ($S'_{D,T}$, $S''_{D,T}$) y, si todo va bien, este neosistema se escinde, al final del proceso, en dos sistemas: S'_D y S'_T, que en algo han salido cambiados respecto a los iniciales (S_D y S_T. El S_D habrá ganado algo que ha podido aumentar el grado de su complejidad organizativa y permitido adaptarse a algunos cambios internos o externos al sistema. Pero también el S_T sale modificado, con nueva experiencia y nuevas vivencias. Basta recordar lo cansado y «vacío» que puede acabar uno, tras una sesión Este esquema vale tanto para un largo proceso de tratamiento como para una sola entrevista.

Además este encuentro se desarrolla dentro de un *contexto.*

Sobre cada uno de estos elementos y su aplicación a las diversas situaciones clínicas (diagnóstico, tratamientos, prevención) me extenderé en las próximas páginas.

La relación como encuentro y como neosistema en un contexto

El S_D que acude es un sistema que ve comprometida, en ese momento, su homeostasis y quiere recuperarla. Tomándolo como un sistema abierto, necesita para superar la crisis, absorber:

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

— materia
— información
— energía

para luchar contra la tendencia a la entropía que su excesiva rigidificación (repetición siempre de las mismas leyes) comporta El encuentro con el S_T aumentaría la neguentropía, ofreciendo información con valor reorganizativo o/y energía (líbido en diversas formas, con una cierta fusión de agresividad a su servicio)

La familia tiene en sí tendencias homeostáticas y tendencias morfogenéticas (una curiosa cita de FREUD que parece acoplar con esto: «... junto a las pulsiones conservadoras, que compelen a la repetición, hay otras que esfuerzan en el sentido de la creación y del progreso; más adelante las incorporaremos a nuestras reflexiones») (35).

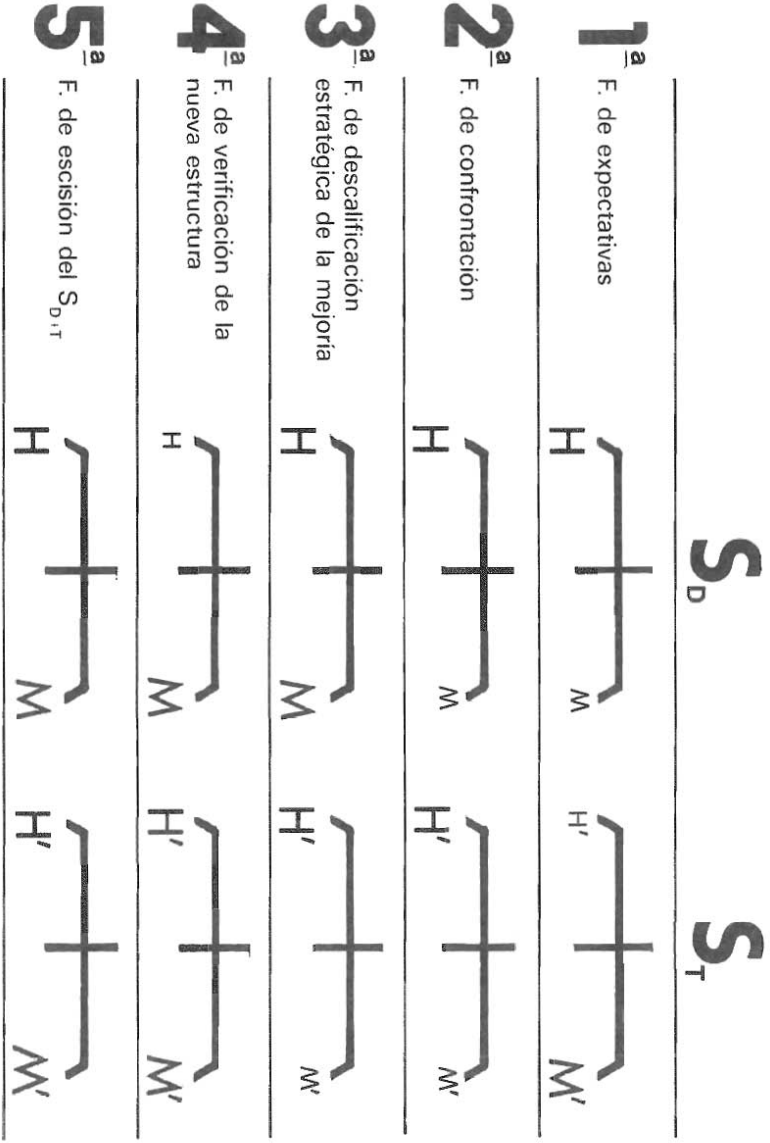
Así, el demandante, cuando acude al encuentro, tiene dos proyectos contrapuestos:

— que algo cambie
— que nada cambie.

En lo manifiesto, demanda lo 1.º y espera que la fuerza del S_T vaya en el mismo sentido y se adicione a su motivación (aparente). Pero esa adición con frecuencia es insuficiente (y muchos fracasos lo prueban) para luchar contra la resistencia homeostática de la familia que se puede dirigir a neutralizar los «esfuerzos curativos del terapeuta». Se entra así en la escalada simétrica del juego: «Sólo quiero ayudarte», «Sólo te pido que me ayudes», sin que nada cambie y aumentando la frustración mutua

Ya ANZIEU (9) refiriéndose a un encuadre psicoanalítico, decía que hay dos tipos de pacientes: los que quieren dejar de sufrir sin cambiar y los que quieren cambiar sin sufrir.

El modelo de intervención (8) en estos casos en los que el motivo de la demanda está rígidamente anclado en la homeostasis del sistema, lo tendrá en cuenta, eligiendo estratégicamente el no-cambio, acentuando los peligros del menor cambio, negando las mejorías y remarcando siempre la propia impotencia (jugar «down»).



H = Homeostasis del S_D
H' = Idem del S_T
M = Morfogénesis del S_D
M' = Idem del S_T

S_D = Sistema demandante
S_T = Sistema terapéutico

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Contexto

El encuadre o contexto es importantísimo (41): el S_T debe no sólo conocerlo y analizarlo sino definirlo y mantenerlo, por medio de reglas implícitas y explícitas, que se dan desde el primer contacto (por ejemplo, telefónico) y en los primeros minutos de entrevista (98). Y es que ese encuadre puede ser atacado por el S_F (retrasos, maniobra defensiva del miembro ausente, comunicaciones estra-sesión...) e incluso, inconscientemente, por el propio S_T, en la medida en que queda englobado por la leyes (homeostáticas) del funcionamiento familiar.

Citando a GILLIERON (45): «... me parece erróneo oponer el modelo sistémico al modelo psicoanalítico... Si observamos el proceso desde un punto de vista sistémico: examinando influencia del contexto o «setting» y considerando el conjunto «paciente-terapeuta» como un todo en interacción dinámica. Se trata de estudiar, por un lado, la influencia sobre el proceso en curso del encuadre «ecológico» (cara a cara, diván-sillón) y temporal (limitado, atemporal) y, por otro lado, las intervenciones del terapeuta. en particular —en el caso de tratamientos analíticos— las interpretaciones».

El SD: el sistema demandante y la demanda

La visión sistémica cuestiona aquí, en primer lugar, la demanda y, con ella, el concepto mismo de enfermedad. En el modelo biológico clásico la enfermedad es una desviación de la norma de las variables biológicas mensurables. Su causa (etiología) es lineal, histórica y de relación unívoca: los mismos gérmenes producen las mismas enfermedades a través de una misma patogenia. Si incluímos en este pensamiento etiológico y anatomoclínico la enfermedad mental/y las alteraciones del comportamiento, deberemos buscar una causa única, biológica y que cumpla las leyes de la llamada «ciencia experimental»: Todo lo que sucede tiene una causa definida y produce un efecto determinado (NEWTON).

En la óptica sistémica, el síntoma se inscribe con causalidad circular en un sistema de relaciones interpersonales. Nos preguntaremos por la función del síntoma y el rol del paciente designado en esa familia concreta. ¿A quién está «ayudando» el enfermo? ¿Quién podría enfermar o agravarse si éste mejora? ¿Cuál es el riesgo para la morfostasis familiar que está, a la vez, ocultando y denunciando el síntoma?

(WHITACKER entró a una entrevista con una familia de toxicómano, de la que ignoraba todo, con una jeringuilla de «picarse», preguntando: «¿A quién ayuda el paciente con esto?».)

El S_D como todo sistema abierto tiene una historia o un *ciclo vital* al que en esta concepción sistémica se le presta mucha importancia. ¿Por qué demandan ahora? ¿Qué significa el síntoma en la crisis evolutiva actual? Crisis es etimológicamente ***decisión*** y en nuestra cultura, «ruptura de equilibrio» o necesidad de cambio en la homeostasis del sistema (como recuerdan los FRENCK, en chino crisis es wei-ji, compuesto de los ideogramas: peligro+ocasión) (34).

Los momentos de crisis en el ciclo vital humano: adolescencia, constitución de la pareja, primer hijo, escolarización, separación de los hijos, «nido vacío»,viudez... son otros tantos momentos de negociación, definición y cambio de reglas del sistema. Para ese cambio en general, el sistema necesita «absorver» más información o energía del medio. Los S_D (o familias) «normales» se apañan adquiriendo eso de su medio ecológico natural. Si no les es suficiente, llegan a la red asistencial, en sus diversos eslabones.

Si consideramos el S_D como sistema familiar, los conceptos de normalidad y patología van a ser sustituidos por los de familias funcionales y familias disfuncionales. Aunque es imposible definir una familia normal, podemos decir que para que una familia funciones, necesita:

Unos límites claros, intra e intersistémicos.
- Una comunicación correcta, sin doubles binds excesivos, coherente, permitiendo la definición de la relación...
- Unas reglas claramente definidas, flexibles y coherentes entre sí.
- Unos roles y unas identidades de cada miembro adaptadas al momento y a las necesidades.

Una jerarquía que se deduce de los anteriores y que se sitúa a dos niveles:

- jerarquía en los roles.
  jerarquía en el conjunto de reglas.

La familia disfunciona cuando fallan esas condiciones. Según qué autores y escuelas pondrán más el acento en unos aspectos u otros:

La comunicación en el presente: SATIR, WATZLAWICK.

La comunicación transgeneracional: secretos, mitos, deudas, lealtades (BOSZORMENY-NAGY, FERREIRA).

La jerarquía actual: la estructura (MINUCHIN)

Las reglas y su influencia en morfostasis-morfogénesis (WATZLAWICK, SELVINI).

El Diagnóstico

Actualmente, aún los servicios y los paidopsiquiatras que ofrecen básicamente terapias analíticas, están de acuerdo en que hay que ver el niño con su familia para poder observar y luego hipotetizar relaciones interpersonales que ayuden y concreten un diagnóstico pluridimensional

No da la misma información el dibujo (aunque gráficamente idéntico) de una familia, hecho por un niño en la relación dual con el examinador que el hecho en el contexto de su propia familia, que puede comentarlo (o no), despertar a su vez otras retroacciones del niño, etcétera.

AJURIAGUERRA (7), hablando de la observación como método de estudio de la Paidopsiquiatría, defiende este punto de vista: «La observación de la familia merece ser considerada. Demasiado frecuentemente nos contentamos con descripciones hechas por el entorno, incluso por uno solo de los padres. La observación naturalista es más próxima de la realidad: estudia el niño en su medio natural y aborda al mismo tiempo las interrelaciones padre niño...».

La lista de interacciones, tipologías familiares, etc. que se pueden encontrar sería interminable. Desde las clásicas descripciones de «madres abusivas» (POROT) (88) o patógenas (64): madre fálica, madre narcisística... o los padres patógenos: padre ausente, padre rígido, padre cruel, padre-calzonazos... hasta una lista de «tipos de hijos» (o mejor de sus rôles en la interacción): el hijo-enano, el hijo-marioneta, el hijo-salvaje, el hijo-ídolo. Más clásico y frecuente ha sido oír hablar del hijo rechazado (SYMONDS), del hijo sobreprotegido (OSTERRIETH) (82). Pero como recuerda AJURIAGUERRA (7): «estos tipos de descripciones son útiles pero no siempre suficientes... debemos analizar más profundamente la organización del conjunto del microgrupo que representa la familia y no sólo en relación a los padres...».

Así en esta fase diagnóstica, la HISTORIA de la FAMILIA, es

parte obligada de la anamnesis, no forzosamente centrada en el niño-problema, empezando por la fase de formación de la pareja (¿Cómo se conocieron? ¿Quién eligió a quién? ¿Reacciones de las familias de origen?...) y, si se quiere también utilizando (¡sólo como referencia orientativa!) alguna tipología: parejas complementarias (y dentro de éstas: tipo madre-hijo, tipo amo-esclava, tipo hija-madre, tipo pigmalión...), parejas simétricas... y remontándose a las familias de origen y a los posibles roles jugados en ellas por los futuros cónyuges. La influencia actual de los abuelos sobre todos y cada uno de los miembros de la familia nuclear debe también ser evaluada.

Más importantes aún que estas observaciones y descripciones a nivel individual o diádico son las de las tríadas (108) y su historia a través de la evolución de la familia: Desde la concepción del futuro niño se crea el triángulo primordial y las fantasías y eventos, desde la elección del nombre (y pronto la del sexo) hasta los menores percances, van a ir configurando esa tríada.

Pero sobre todo, observaremos el conjunto de la familia como sistema: Sus aspectos:

comunicacionales (WATZLAWICK, SATIR): mensajes embrollados, «doubles binds» contradictorios, uno habla por otro, indefinición de la relación...
estructurales (MINUCHIN): mapas, límites, jerarquías...
transgeneracionales (BORSZORMENY-NAGY): mitos, secretos, lealtades, deudas...
de reglas y de su mantenimiento o cambios (SELVINI, WATZLAWICK) homeostasis-morfogénesis.

sobre la base de los conocimientos que nos han aportado fundamentalmente la teoría de la comunicación y la teoría de sistemas (von BERTALANFFY, BATESON, JACKSON, WATZLAWICK, etc.) (13) (14) (19) (53) (100).

El ST: el sistema terapéutico o asistencial

También la reflexión sobre el mismo nos es útil para evaluar y actuar en la dinámica de ese encuentro: $S_D + S_T$. Por supuesto que esa reflexión sobre el terapeuta mismo hace años que la venimos practicando en el psicoanálisis bajo la forma de análisis de la contratransferencia. Pero aquí acentuará más los aspectos en que la teoría o la práctica de TFS ha aportado algo.

Por ejemplo: Una reflexión sobre en qué contexto se sitúa la ayuda, el quehacer profesional y ello a diversos niveles:

1) La ideología médica

Desde los modelos anatomoclínico y fisiopatológico, pasando por la patología celular de WIRCHOW se desemboca en una biología molecular cada vez más troceante y ultramicroscópica. Se hacen, por otra parte, esfuerzos hacia una «medicina holística» globalizante, el hombre como unidad bio-psico-socio-económica en un contexto (visión ecológica). El ST o el Th. es miembro de varios sistemas:

- una familia.
- un equipo asistencial.
- un colectivo profesional.
- un grupo político (eventualmente).
- una comunidad de ciudadanos.

que se interinfluencian mutuamente.

2) El ST en su contexto: instituciones y «redes»

Cualquier actividad psicoterápica se inserta, hoy día en un contexto más amplio, en una red asistencial. Que se trabaje en privado o institución, uno (el ST) tiene relaciones con otros colegas, que han visto antes o casi simultáneamente al pacientito, con otros «intervinientes» (jueces, asistentes sociales...) que pueden tener una decisión sobre él, con el ginecólogo de la madre, el patrón del padre o la escuela de todos los hermanos.

La actitud que el ST adopte respecto a éstos (contactarlos, ignorarlos, jugar «down», jugar «up») puede condicionar el futuro de la terapia. En los mejores casos, la sistemia concibe la creación de una red de intervinientes que logren una buena comunicación y una estructura bien definida en pro a evitar las maniobras de enfrentamiento del SD («el Dr. X me ha dicho de Vd. que...») y llegar a decisiones asumidas conjuntamente.

Los Tratamientos

R. HENNY es tajante (53): (en Psiquiatría Infantil)... «La radicación del tratamiento de los padres es universal». En la tradición

psicoanalítica no son nuevos los tratamientos que implican a los padres. Por ejemplo en el clásico mosaico de psicoterapia infantil que es el libro de Gerd BIERMAN (20):

tratamiento de madre y niño (Kata LEVI)
tratamiento del niño pequeño mediante el asesoramiento a la madre (Erna FURMAN).
tratamiento que tiene en cuenta la actitud de la madre (BURLINGHAM)

1. Apoyo para permitir un tratamiento individual

La definición del encuadre con los padres cuando se va a iniciar un tratamiento individual (psicoterapia analítica, logopedia, apoyo psicopedagógico...) se sabe, desde siempre, necesaria. Pero tener en cuenta las reglas de la familia como sistema y del neosistema $S_{D.T}$ puede evitarnos conflictos y fracasos. No podemos modelizar el tipo de intervenciones pero se tratará de tener en cuenta siempre que junto a las resistencias intrapsíquicas del niño y de los padres existe una homeostasis o resistencia del sistema.

2. Consulta terapéutica incluyendo a los padres

La consulta terapéutica es un concepto desarrollado a partir de WINNICOTT (106), quien lo practicó, con sus famosos «squiggles», a nivel individual. El mismo apunta: «los cambios producidos en el comportamiento del niño podrán ser utilizados por los padres»; pero también (hablando de las limitaciones): «si el niño vuelve a encontrarse en una familia o en una situación social anormal, estas consultas no aportan ningún beneficio».

Por ello, tendemos a incluir en estas intervenciones muy breves, a los padres y a toda la familia, buscando, en los casos más favorables, desbloquear el punto nodal que estaba trabando el normal desarrollo evolutivo del niño y el ciclo vital de la familia, por causas interaccionales o/y intrapsíquicas pero que tienen una repercusión transindividual. La intervención puede ser: una interpretación (dada quizá a un miembro pero «para que la oigan los otros»), una explicitación de la dinámica familiar, un contener y aceptar la depositación de cierta angustia, una prescripción «out» o «in»... etc. Pero en todos los casos es la introducción de información (o/y energía) en el sistema, de forma breve pero que se supone suficiente, para que éste cambie.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

3. Psicoterapias madre-niño, psicoterapia vincular, psicoterapia bifocal

No me detendré en las diversas modalidades de terapia madre hijo ya clásicas que sus autores explicarán mejor que yo en la bibliografía a la que me remito (2) (20) (52) (72).

4. Psicoterapia de apoyo y/o consejos a los padres

No pretende modificar el equilibrio neurótico o psicótico familiar o individual sino sólo un descenso de la tensión intrafamiliar o/y una modificación de ciertas conductas y actitudes que pueden oponerse y sabotear un tratamiento individual. Se trata sobre todo de: desculpabilizar, aceptar la ambivalencia (respecto al niño y respecto al terapeuta) para evitar que esta se actúe, canalizar las esperanzas, ofrecerse de pantalla de protección pero sin interpretar ni intentar cambiar nada.

Respecto a los consejos, de antiguo la experiencia nos había enseñado que son bastante inútiles cuando no contraproducentes, tanto más cuanto más solicitados o exigidos son por las familias. Hoy sabemos más claramente porqué: en el sistema Homeostasis-Morfogénesis de la familia (ver capítulo correspondiente) esta es una información (o pseudoinformación) muy fácilmente reducible en su potencialidad de cambio.

Sólo las formalizaciones técnicas y estratégicas muy definidas (prescripciones, paradojas) podrán evitar esa reducción, precisamente en la medida en que se dan en un contexto o encuadre formalizado y definido por el S_T de manera a evitar todo intento de descalificación a la que el S_D, por su propia naturaleza, tiende.

Pero en el contexto que ahora estamos (de apoyo) esta práctica no es recomendable. Aquí nos limitamos a las alianzas más aparentes, a un manejo superficial de la transferencia positiva, a un desarrollo de las identificaciones (de los padres con el terapeuta, del terapeuta con los padres, de los padres con el niño a través de la recuperación de sus propios recuerdos de infancia...).

5. Grupos de padres

En sus diversas modalidades: de madres solas, de padres solos, de ambos padres... con hijos en tratamientos paralelos, sin tratamiento de los hijos, etc... De larga tradición y abundantísima bibliografía (2) (26) (79) a la que remito.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

6. Intervenciones terapéuticas breves padres-hijos

Estando en este congreso CRAMER, MANZANØ y PALACIO que han practicdo y publicado tanto sobre este tipo de intervención, actualmente con indicaciones bien precisadas y técnica perfilada aunque flexible, dejo que ellos o sus escritos nos ilustren.

7. Psicoterapia sistémica con un solo miembro

Cuando no es posible o no es conveniente reunir a toda la familia pero se quiere trabajar fundamentalmente los aspectos interaccionales más que los intrapsíquicos, las intervenciones del terapeuta pueden ir desde «interpretaciones» de la dinámica familiar y del rol que ocupa el paciente designado hasta prescripciones paradójicas para realizar con la familia o prescripciones directas de reenvió a contactar las familias de origen (STIERLIN), etcétera.

8. Terapias de familia

El abanico (de escuelas, teorías y técnicas) es tan amplio como muestran estas diapositivias (ver gráfico) en las que he intentado una clasificación, esquemática y discutible de las mismas. Sólo coinciden en la exigencia de ver a toda la familia y de considerarla a la vez, como un todo compuesto por miembros que tienen derechos individuales. La causalidad tiende a ser entendida circularmente y la familia se considera, a la vez como factor patógeno y como posible factor terapéutico. En todo lo demás, las diversas escuelas pueden diferir mucho, por sus bases epistemológicas distintas, aunque en el uso de las técnicas pueden mezclar influencias de otras teorías, como intento expresar por este último cuadro (ver gráfico).

Prevención de salud mental

La aplicación en este campo de una óptica familiar y sistémica es de lo más consecuente y prometedor. Si para evitar las epidemias hizo más la construcción de una red de alcantarillado que todos los antibióticos, también en salud mental hemos de ir habituándonos a no calcar la prevención de una red asistencial que sólo puede actuar en prevención secundaria y terciaria y sobre muy escasas poblaciones.

Así, la clásica división en prevención primaria, secundaria y terciaria tiene menos importancia y deja paso, en los programas (81) (92), a los conceptos de:

a) actuaciones en ***poblaciones de alto riesgo,*** por ejemplo (98):

1 hijos de padres psicóticos.
2. hijos de padres carenciados en su propia infancia (riesgo de malos tratos o graves descuidos).
3 hijos de embarazos no deseados y que llevan al rechazo.
4 falta de protección psico-socio-económica mínima como en:
madres abandonadas o excluyentes del padre.
madres menores de 18 años que «huyen hacia la pseudoadultez».
pérdida precoz de uno de los padres.
padres sustitutivos o naturales de mucha edad.
divorcios, sin resolver el conflicto conyugal.

5. familias con subnormales físicos, psíquicos o sensoriales.
6 psicosis puerperales (también del padre).
7 familias muy aisladas socialmente.
8. niños de padres en amputación de sus familias de origen.

b) *Intervenciones sobre los sistemas en crisis*

El concepto de crisis de CAPLAN y sus 4 fases se adecúa muy bien al modelo sistémico en el que la crisis es un aumento de tensión y luego una ruptura del equilibrio anterior (homeostasis) con movilización de esfuerzos y recursos (absorción de energía), con salidas hacia la desintegración y el caos (entropía) o hacia una neoestructura (morfogénesis).

Las ya clásicas «crisis evolutivas» y «crisis accidentales» de ERICKSON, de nivel individual, se traducen en «los períodos sensibles o de cambio en los ciclos vitales de las familias» (1.° hijo, escolarización, adolescencia, «nido vacío», viudez...). Son períodos de mayor riesgo que requieren una especial atención preventiva porque suponen un cambio de reglas que implica a la vez morfostasis y morfogénesis y van a absorber energía del medio.

CONCLUSION

En «la psicoterapia infantil, hoy» no podemos ignorar ni a nivel teórico (epistemología sistémica o metapsicología analítica) ni a nivel pragmático (diagnóstico, tratamiento, prevención) todo lo que se está investigando, escribiendo y haciendo, en todo el mundo, respecto a lo familiar, sobre la base de un hecho de siempre sabido por los paidopsiquiatras: el niño vive y enferma con una familia.

El modelo sistémico nos parece útil para un enfoque pluridimensional del trabajo en psiquiatría infantil. Aunque no se pueden mezclar sin peligro 2 teorías o 2 técnicas con bases distintas, el mejor conocimiento de la sistemia enriquecerá sin duda nuestra actividad de terapeutas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Aberastury, A. *«La inclusión de los padres en el tratamiento analítico»* en: *«La percepción de la muerte en los niños y otros ensayos».* Ed. Kargieman. Buenos Aires, 1978.

(2) Aberastury, A. *«Teoría y técnica del psicoanálisis de niños»* (cap. XIII, Grupos de orientación de madres). Ed. Paidós, B. Aires 1962.

(3) Ackerman, Nathan. *«Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares».* Ed. Hormé, Buenos Aires.

(4) Ackerman, Nathan. *«Psicoterapia de la familia neurótica».* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1969.

(5) Ackerman, Nathan y JACKSON, Don. *«Teoría y práctica de psicoterapia familiar».* Proteo, Ed. Buenos Aires 1970.

(6) Actas del 1er Congreso Argentino de psicoterapias del grupo familiar: *«Patología y terapéutica del grupo familiar».* Buenos Aires 1970.

(7) Ajuriaguerra, J. de. *«Manual de Psychiatrie de L'enfant».* Ed. Mason, París 1970

(8) Andolfi, M. et autres. *«L'interaction dans les systèmes rigides».* Reseaux Systèmes Agencements, 1, 1979.

(9) Anzieu, D. et autres. *«Le travail psychoanalytique dans les gruopes».* Ed. DUNOND, París 1975.

(10) Ausloos, G *«Secrets de famille»* in Annales de Psicothérapie, *«Changement systémiques en thérapie familiale».* E.S.F. París 1980.

(11) Ausloos, G. *«Oedipe et sa famille ou les secrets son faits pour être agis».* DIALOGUE, 70, 1980.

(12) Bandler, R. y Grinder, J. *«La estructura de la magia».* Ed. Cuadro Vientos. Santiago de Chile 1980.

(13) Bateson, G. y otros. *«Interacción familiar».* Editorial Tiempo Contemporáneo. B. Aires 1971.

(14) Bateson, G. *«Pasos hacia una ecología de la mente».* Ed. Carlos Lholé. Buenos Aires 1976.

(15) Berenstein, I. *«Familia y enfermedad mental».* Paidós. B. Aires 1978.

(16) Berenstein, I. *«Psicoanálisis de la estructura familiar».* Paidós, Barcelona 1981.

(17) Berne, E. *«Juegos en que participamos».* Ed. DIANA, México 1976.

(18) Berne, E. *«¿Qué dice Vd. después de decir hola?».* Ed. GRIJALBO, Barcelona 1979.

(19) Bertalanffy, L. von. *«Teoría general de sistemas».* Fondo Cultura Económica. Madrid 1980.

(20) Bierman, G. *«Tratado de Psicoterapia infantil».* (2 volúmenes). Ed. Espars, Barcelona 1973.

(21) Bleger, J. *«Psychoanalyse du cadre psychanalytique»* in: Varios: *«Crise, rupture, dèpaussement».* Ed. DUNOD, París 1979.

(22) Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. *«Lealtades invisibles»*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1983.
(23) Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, James. *«Terapia familiar intensiva»*. Editorial Trillas, México 1976.
(24) Cabaleiro, F. *«Importancia de la perspectiva familiar en la clínica psiquiátrica Infantil»*. Rev. Esp. Neuropsiquiatría, 1, 1981.
(25) Campernolle, Th. *«La psychiatrie de l'enfant c'est la psychiatrie de sa famille»*. Enfanti, 1976, 6.
(26) Cordeiro, J.C. *«L'adolescent et sa famille»*. Ed. Privat. Toulouse, 1975.
(27) Cramer, Palacio-Espasa et autres. *«Trente-six encoprétiques en thérapie»*. Psichiat. Enfant, XXVI, 2, 1983.
(28) Cramer, B. *«La relation parent-enfant comme objet de la psychotherapie»*. Rev. Neuropsychiat. Enfant. 24, 9, 1976.
(29) Cramer, B. *«Thérapies bréves avec parents et enfants»*. Psychologie Mèdicale, 12, 3, 1980.
(30) David, P. *«Psychanalyse et famille»*. Ed. Colin, París 1976.
(31) Durhssen, A.M. *«Psicoterapia de niños y adolescentes»*. Ed. Fondo Cultura Económica, México 1966.
(32) Ferreria, A.J. *«Family myth and homeostatis»*. Arch. Gen. Psychiatry. n.º 9, pág. 457-473, 1963.
(33) Ferreira, A.J. *«Mitos familiares»* in Bateson y otros: *«Interacción familiar»* Ed. Tiempo Contemporáneo. B. Aires 1971.
(34) Frenck, N. et A. *«Más allá de la medicina holística»*. Psicopatología, 4, 3, 1984.
(35) Freud, S. *«Más allá del principio del placer»*. O.C. Amorrortu, XVIII, pág. 37.
(36) Freud, S. *«Psicología de las masas y análisis del Yo»*. O.C. Amorrortu, XVIII.
(37) García-Badaraco, J. *«Interpretación del psicoanálisis individual y la t. familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico»*. Revista Uruguaya de psicoanálisis, n.º 57.
(38) Gear, M.C. y Liendo, E.C. *«Psicoanálisis del paciente y del ambiente»*. Ed. Nueva Visión, B. Aires 1976.
(39) Gear, M.C. y Liendo E.C. *«Semiología psicoanalítica»*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1974.
(40) Gear, M.C. y Liendo, E.C. *«Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar»*. Ed. Nueva Visión. B. Aires 1974.
(41) Gillieron, E. *«Aux confins de la psychanalyse»*. Payot, París 1980.
(42) Gillieron, E. *«Fantasmes originaires, organisateurs de l'homeóstasis familiale»*. THERAPIE FAMILIALE, I, 2, 1980.
(43) Gillieron, E. *«Traitement de famille et psychanalyse»*. Dialogue, 70, 1980.
(44) Gillieron, E. *«Psychoanalyse et système, sont-ils inconciliables»*. in: *«Co-thérapies et co-therapeutes»*. Ed. ESF, París 1979.
(45) Gillieron, E. *«Psychoterapies brèves et modèle psychanalytique»*. Psychologie Medicale, 12, 3, 1980.
(46) Goutal, M. *«Psychanalyse et theorie systemique»*. EMC, Fr. 37006 A10.
(47) Guntern, G. *«La révolution copernicienne en psychothèrapie: le tournant du paradigme psychanalytique au paradigma systemique»*. THERAPIE FAMILIALE, III, 1, 1982.
(48) Haley, J. *«Estrategias en psicoterapia»*. Ed. TORAY, Barcelona.
(49) Haley, J., Hoffman, Lyn. *«Técnicas de terapia familiar»*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1976.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

(50) Haley, J. *«Nouvelles stratégies en thèrapie familiale»*. Ed. Delarge, París, 1979.
(51) Harris, T.A. *«Yo estoy bien, tú estás bien»*. Ed. Grijalbo, Barcelona, 1978.
(52) Helimann, I. *«Analyse simultanèe de la mère et de son enfant»*. Revue Francaise de Psychanalyse, París 1963.
(53) Henny, R. *«Indicaciones del tratamiento de los padres»*, in Ajuriaguerra, *«La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil»*. TORAY-MASSON 1970.
(54) Howells, J.G. *«Los principios de la Psiquiatría Familiar»*. Ed. Paz Montalvo, Madrid 1980.
(55) Jackson, Don (compilador). *«Etiología de la esquizofrenia»*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1974.
(56) Jackson, Don (compilador). *«Comunicación, familia y matrimonio»*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
(57) Kaes et autres. *«Crise, rupture er desappsément»*. Ed. Dunod, París 1979.
(58) Kaufman, L. *«Las psicoterapias de familia»* in Schneider y otros. *«Propedéutica de una psicoterapia»*. Ed. NAU, Valencia, 1980.
(59) Kubie, in Eisenstein, V. *«Neurotic interaction in marriage»*. N. York, 1956.
(60) Lacan, J. *«La familia»*. Ed. Argonauta, Barcelona 1978.
(61) Laín Entralgo, P. *«La relación médico-enfermo»*.
(62) Laing, R., Esterson, A. *«Cordura, locura y familia»*. Ed. Fondo Cultura Económica, México.
(63) Laing, R., Phillipson, Herbert, Russell Lee. *«Percepción interpersonal»*. Amorrortu, Buenos Aires 1973.
(64) Laforgue, René. *«La nèvrose familiale»*. Revue francaise de Psychanalyse 1936, IX, 3.
(65) Laplanche, J. et Pontalis, J.B. *«Fantasmes originaires, fantasmes des origines, origine du fantasme»*. Les temps Modernes 215. 1833-1968, 1964.
(66) Lebovici, S., Diatkine, G., y Arfouilloux, J.C. *«Psuchothérapie familiale»*. La psychyatric de l'enfant, XII, 2, 1969.
(67) Lebovici, S. *«A propos des thèrapeutiques de la famille»*. Psychiatric Enfant, XXIV, 2, 1981.
(68) Levi, D. *«Maternal overprotection»*. Columbia Univ. Press 1943.
(69) Liberman, D. *«La comunicación en terapéutica psicoanalítica»*. Ed. Eudebre, Buenos Aires 1962.
(70) Liberman, D. *«Comunicación y psicoanálisis»*. Ed. Alexis, Buenos Aires 1978.
(71) Liberman, D. *«Lenguaje y técnica psicoanalítica»*. Ed. Kargieman. Buenos Aires 1976.
(72) Male, P. et autres. *«Psychothèrapie de premier âge»*. P.U.F., París 1975.
(73) Masson, O. *«Tratamiento de familia en psiquiatría de niños y adolescentes»*. Rev. Psicoterapia y Psicosomática, 1, 1980.
(74) Miermont, J. *«L'autoréférence familiale»*. Psychiatrie de l'enfant. XXVII, 1, 1984.
(75) Minuchin, Salvador. *«Familias y terapia familiar»*. Granica Ed. Barcelona 1977.
(76) Minuchin, S. y Fishman, H.CH. *«Técnicas de terapia familiar»*. Ed. Paidós, Barcelona, 1981.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

(77) Neuburger, R. *«Ou bien... Ou bien: réponse d'un athée à un integriste».* THER. FAMILIALE, IV, 4, 1983.
(78) Neuburger, R. *«Aspects de la demande: la demande en psychanalyse et en therapie familiale».* THER. FAMILIALE, I, 2, 1980.
(79) Neuter, P. de. *«Les groupes de parents».* Psychiat. Enfant, XVII, 2, 1974.
(80) Nocetti, J.C. *«Psicoanálisis de las relaciones familiares».* Ed. Torres Agüero, Buenos Aires 1983.
(81) Olabarria, B. *«La salud mental en la atención primaria».* Rev. Asociación Neuropsiquiatría, III, 7, 1983.
(82) Osterrieth, P. *«L'enfant et la famille».* Ed. Scarabeé, París, 1967.
(83) Palacio-España, F. et Manzano, I. *«La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère».* Psychiat. Enfant, XXV, I, 1982.
(84) Palacio-España, F. *«Possibilités d'interventions thèrapeutiques brèves parents-enfants autour de l'etablissement de la problematique oedipienne».* Psychiat. Enfant, XXIV, 2, 1981.
(85) Pauze, E. *«Comentaire à l'article de Neuburger: prescrire le semblant».* THER. FAMILIALE, IV, 4, 1983.
(86) Peterfreund, E. y Schwartz, J.J. *«Información, sistemas y psicoanálisis».* Ed. Siglo XXI, Méjico 1976.
(87) Pichon-Rivière, E. *«El proceso grupal».* Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1981.
(88) Porot, M. *«L'enfant et les relations familiales».* P.U.F. París 1959.
(89) Ríos González, José Antonio. *«El padre en la dinámica personal del hijo».* Ed. Científico Médica, Barcelona, 1980.
(90) Ríos González, J.A. *«Orientación y terapia familiar».* Instituto Ciencias del Hombre, Madrid 1984.
(91) Rojero, C.F. y Suárez T. *«Prevención: encrucijada de intervenciones sistémicas».* Rev. Psicoterapia y Psicosomática, 3, 1981.
(92) Rojero, C.F. y Olabarria, B. *«El programa Parento-Infantil, modelo de Prevención primaria».* Rev. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría, I, 3, 1982.
(93) Rufiot, A. *«La thèrapie familiale psychanalytique».* Ed. Dunod, Paris 1981.
(94) Sáez, Buenaventura, C. *«Aproximación al mito de las madres patógenas».* Rev. Asoc. Neuropsiquiatría, 2, 1981.
(95) Schneider, P.B. *«Propedéutica de una psicoterapia».* NAU, Valencia 1980.
(96) Selvini, M., Boscolo, L, Cecchin, G., Prata, G. *«Paradoxe et contraparadoxe».* Ed. ESF. París 1978.
(97) Stierlin, H. *«Psicoanálisis y terapia de familia».* Ed. Icaría, Barcelona 1979.
(98) Suárez, T. y Rojero, C.F. coordinadores. *«Paradigma sistémico y terapia de familia».* Ed. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría, Madrid, 1983.
(99) Varios: *«Co-thèrapies et co-thèrapeutes».* Ed. ESF. París 1979.
(100) Watzlawick, P., Hemick-Beavin, J. y Jackson, D. *«Teoría de la comunicación humana».* Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971.
(101) Watzlawick, P. Weakland, J.H. y Fisch, R. *«Cambio».* Ed. Herder, Barcelona 1976.
(102) Watzlawick, P. *«La realité de la realité».* Ed. Seuil, París 1978.
(103) Watzlawick, P. *«El lenguaje del cambio».* Ed. Herder, Barcelona, 1980.
(104) Wilden, A. *«Sistema y estructura».* Alianza Edit. Madrid, 1979.

(105) Winnicott, D.W. *«De la pediatrie à la psychanalyse».* Ed. Payot, París 1971
(106) Winnicott, D.W. *«La consultation therapeutique et l'enfant».* Ed. Gallimard, París, 1972
(107) Winnicott, D.W. *«L'enfant et sa famille».* Ed. Payot, París 1971.
(108) Zuk, G. *«Psicoterapia familiar».* Ed. F.C. Económica, Méjico, 1981.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

II REUNION CIENTIFICA DE SEPYPNA: «INDICACIONES Y LIMITES DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL» CONFERENCIA INTRODUCTORIA

Por Pola I. DE TOMAS

Antes que nada, quisiera agradecer a la Comisión Directiva de SEPYPNA el haberme invitado a abrir esta II Reunión Científica, que será dedicada a debatir el tema «Indicaciones y límites de la Psicoterapia Infantil», a la vez que aprovechar la oportunidad para dar la bienvenida a nuestros ponentes, que se han desplazado desde Italia y Suiza, y a todos los otros colegas que han venido desde distintos puntos de España, y de Madrid mismo, para acompañarnos en estas jornadas de reflexión, intercambio de opiniones y trabajo.

Justo hace un año, en el Primer Congreso que organizó SEPYPNA, en Lérida, el Dr. Alberto Lasa finalizó su introducción al mismo con las siguientes palabras: «Espero también que este Congreso nos resulte corto e incompleto, porque me gustaría que todos terminásemos con ganas de volver a reunirnos para continuar discutiendo». Creo que, en efecto, así ha ocurrido, y los que tuvimos la ocasión de asistir entonces a la reunión de Lérida y nos encontramos nuevamente reunidos aquí, en Madrid, somos testigos del entusiasmo que dicho Congreso logró despertar en nosotros, dado el alto nivel de discusión que allí se gestó, y el clima cordial y relajado en que se desarrolló. Clima que, sobre todo al final, permitió la participación espontánea, desde la sala, de gente joven, que se sintió animada a intervenir, y a quienes nos gustaría volver a oír, junto con las voces de participantes de mayor experiencia.

Y a todos vosotros quiero deciros que espero que el diálogo de entonces continúe, hoy, en Madrid.

Al encontrarnos reunidos aquí psicoanalistas y psicoterapeutas formados en distintas escuelas, con diferentes esquemas referenciales y trabajando en distintos países, se nos ofrece la oportunidad de cotejar experiencias y aunque somos plenamente conscientes de que las estructuras asistenciales tal como se dan en Suiza, en Italia, o en otros países, no pueden ser importadas ni aplica-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

das sin modificaciones ni límites a España, la larga experiencia de nuestros visitantes extranjeros, junto con la de los que nos hemos formado fuera pero trabajamos ahora en España, más la de los que se han formado aquí, nos puede resultar aleccionadora a la hora de colaborar con y tratar de mejorar las aún deficientes estructuras asistenciales con que contamos en este país.

En este sentido, es de agradecer a las personas que han fundado SEPYPNA, muchos de los cuales hicieron una larga formación en Suiza e Italia, que hayan tenido la idea de reunirse, permitiéndonos así que la experiencia profesional adquirida en las instituciones de esos países, llegue, a través de ellos, a nosotros y a las instituciones españolas, en las cuales muchos de ellos están prestando sus servicios asistenciales y formativos.

En cuanto a la identidad profesional de los psicoanalistas que nos hemos reunido hoy aquí, cabe destacar ciertos intereses comunes a todos nosotros: el afán por llevar el psicoanálisis fuera del límite de la consulta privada, hasta hacerlo llegar a la institución pública, a las clínicas estatales o privadas, a los hospitales, a los servicios ambulatorios, a los centros de salud mental, o a la universidad, adaptando para ello nuestra técnica y nuestro encuadre; y para que esto sea posible es por lo que hay que pensar en términos de *indicaciones* y de *límites,* aunque para ello debamos replantearnos nuestro modelo psicoanalítico clásico.

Ya Freud, con la mente abierta que lo caracterizaba, en el año 1919, en «Los caminos de la terapia psicoanalítica», decía: «... Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones...». Y en esa tarea nosotros estamos.

Pero ya antes, en 1905, al publicar Freud el famoso «caso Juanito», no sólo presentó a través de un material, la fundamentación clínica de los descubrimientos sobre sexualidad infantil, inferidos hasta entonces de la observación directa de pacientes adultos, sino que también nos mostró su interés y sensibilidad por el sufrimiento que sus fobias infligían a Juanito, preocupación de la cual no quedaban exentos sus padres. Pues bien, algo más que nos une a todos nosotros es el interés científico y humano por el niño o por el adolescente que sufren, aunque a veces sin saberlo, y hacen sufrir a la vez.

Si a continuación introduzco ciertas consideraciones alrededor del psicoanálisis llevado a cabo en su forma clásica, 3, 4 ó 5 sesiones semanales de 45 ó 50 minutos, es porque soy psicoanalista y es un tema que me interesa profunda y auténticamente.

Hacer sólo psicoanálisis puede ser una opción basada en un muy lícito interés vocacional o preferencial, pero el peligro radica en aquellos casos en que además de esta motivación consciente y manifiesta puede existir, en forma más o menos negada o racionalizada, una idealización del psicoanálisis a ultranza, considerado como forma de tratamiento «princeps» frente a otros tipos de abordaje terapéutico. Por otra parte, hablar tan solo de las *limitaciones* de la terapia psicoanalítica, refieriéndose básicamente a motivos de índole económica, número insuficiente de terapeutas formados como psicoanalistas, o limitaciones de y en el tiempo, nos lleva a los psicoanalistas a referirnos a causas que son verdaderas, pero que corren el peligro, justamente por el peso de la verdad que entrañan, de servir de óptima defensa para no formularnos una pregunta clave: ¿Es acaso el psicoanálisis clásico o las terapias de orientación psicoanalítica la forma más adecuada para el abordaje de ciertos cuadros psicopatológicos graves, como puede ser hoy día el tratamiento de púberes o adolescentes drogadictos? Se trata de que, de estos temas, nosotros podamos hablar hoy con honestidad y humildad científica, no permitiendo que se asocie la idea de *límite* a la noción de castración sino a la noción de elección de estrategia terapéutica adecuada según el caso, el terapeuta y las circunstancias.

Como psicoanalista, me formé en el seno de la «Asociación Psicoanalítica Argentina», y como psicoanalista de niños me formé junto a esa gran figura pionera del psicoanálisis infantil en América Latina que fue Arminda Aberastury de Pichón Rivière.

Quiero aclarar que no deseo hacer historia personal, pero sí haceros participar del entusiasta y enriquecedor clima psicoanalítico y psicoterapéutico infantil que se vivió en Buenos Aires a partir de la década de 1950 y en adelante. En parte fui protagonista del movimiento de psicoanálisis infantil que allí se desarrolló y por lo tanto mi relato es la transmisión de algo vivencial.

Yo era entonces muy joven y estaba aún en ese período de aprendizaje donde se absorbe todo lo que te enseñan y lees, pero aún sin pasarlo por el cuestionamiento o la duda que surge de la confrontación entre teoría, técnica y experiencia clínica y que sólo suele sobrevivir con el correr de los años.

Arminda Aberastrury y el entonces su esposo, Enrique Pichon Rivière, fueron los introductores de la teoría kleiniana en nuestro ambiente, teoría que encontró entre los psicoanalistas argentinos una entusiasta aceptación, que no había conseguido lograr en otros países, y los analistas de niños participamos prácticamente todos de la primitiva idea de Melanie Klein de que el psicoanálisis infantil

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

podría actuar como prevención contra futuras formas de neurosis más serias, y era por lo tanto aconsejable realizar análisis tempranos, antes de la organización definitiva del complejo de Edipo genital. (Sabemos que posteriormente, Melanie Klein rectificaría ella misma esta indicación inicial). Los primeros en sumarse a esta indicación terapéutica fueron los propios psicoanalistas, que enviaron a psicoanalizar a sus propios hijos.

Pero tanto Arminda Aberastury como Pichon Rivière fueron espíritus abiertos y libres y nunca aceptaron con absoluta fidelidad la teoría kleiniana, y «La Negra», tal como afectuosamente la llamábamos, estuvo siempre a la búsqueda de otros autores que pudieran ampliar la comprensión del niño. Tal es así que pronto llega otro autor psicoanalítico a nuestro ambiente, logrando despertar un enorme interés y entusiasmo: me refiero a Donald Winnicott. Y sin entrar ahora a hacer disquisiciones teóricas y técnicas sobre la diferencia que pueda existir entre Klein y Winnicott, quisiera destacar que para las pocas personas que ya estábamos trabajando en hospitales, la obra de Winnicott, desde su experiencia pediátrica, desde su nuevo abordaje de la relación madre-niño y desde sus diferentes estrategias terapéuticas, nos ayudó a solucionar muchos de los problemas que se nos planteaban a nivel de la consulta hospitalaria a donde no era trasladable el modelo de la privada.

Habíamos partido del psicoanálisis del niño, tratado como individuo y aislado de sus padres, en lo que pienso ahora que fue una mala interpretación del concepto de niño-persona, y esto fue posible porque, como ya dijera, la mayor parte de los pacientes que tratábamos eran hijos de colegas que conocían y aceptaban las leyes del juego: debía respetarse al máximo la relación privada del niño con su terapeuta y si los padres se encontraban con alguna dificultad en el manejo del hijo, se esperaba, a lo sumo, que lo resolvieran en su análisis personal y, de no ser así, quedaban librados a su propia impotencia.

Pero pronto este edificio, aparentemente tan perfecto, mostró sus fisuras. Desde ya, no era aplicable al trabajo hospitalario, ni a los padres y niños que allí consultaban. Además, los padres ajenos al medio psicoanalítico no aceptaban fácilmente la «indicación» de que debían abstenerse de intervenir totalmente en la terapia del niño y que su participación debía limitarse tan sólo a pagar los honorarios o a que el niño concurriera a sus sesiones.

Las angustias que se despertaba en estos padres tomaron caminos diversos, como eran obstaculización o interrupción del tratamiento del hijo, o continuas demandas de ayuda personal al considerarse impotentes frente a los problemas que se les planteaban

a nivel de pareja parental o al tener que esperar un lapso de tiempo indeterminado para que el niño se modificase.

Arminda Aberastury, mujer de gran inteligencia y sensibilidad, supo recoger estas inquietudes y no cayó en intentar explicar los fracasos terapéuticos con niños y las deserciones de las terapias, pensando únicamente en los sentimientos de envidia y rivalidad de los padres impotentes frente al terapeuta del niño.

Llegó así a crear grupos de madres con hijos-problema y finalmente grupos de padres, a los que asistían padres con hijos en psicoterapia o padres que consideraban que modificando ciertas actitudes personales, podrían llegar a evitar el tratamiento del hijo, en caso de que este no padeciese ya una patología severa.

Su muerte le impidó dar un paso más allá y llegar hasta el tratamiento psicoterapéutico de la familia y a pensar en términos de incosciente familiar.

En el año 1970, aparece en nuestro medio, traducido al castellano «La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil» de Julen de Ajuriaguerra y otros colaboradores, y desde ese momento ese libro, que tiene plena vigencia aun hoy en día y cuya temática coincide en mucho con la de esta reunión, se convierte para mí en una obra a la que leería, releería y aconsejaría leer.

Hubo en particular un artículo de dicha obra «Indicaciones del tratamiento de los padres», de René Henny, que tuvo en mí una particular resonancia. El profesor Henny es hoy, afortunadamente, uno de nuestros invitados y ponentes y estoy segura que su palabra despertará en todos vosotros el profundo interés que despertó en mí hace años y que se terminó de consolidar cuanto tuve la oportunidad de conocerle más, a raíz de haber compartido una específica tarea profesional.

Los que nos hemos formado en la «Asociación Psicoanalítica Argentina» y hemos tenido la fortuna de seguir de cerca los estudios de Enrique Racker sobre Contratransferencia, enriquecidos además por los aportes sobre el mismo tema de Winnicott y de Paula Heimann, tenemos una forma particular de pensar y trabajar cuando hacemos psicoterapia o psicoanálisis. Si bien en psicoanálisis nos enfrentamos con la neurosis de transferencia y en psicoterapia nos limitamos más a las reacciones transferenciales, cuando surgen como fenómenos perturbadores de la evolución de la misma, tanto en uno como en otro caso, atendemos también a nuestras reacciones contratransferenciales, sobre todo cuando sospechamos que pueden estar entorpeciendo un proceso terapéutico.

Del término contratransferencia se hace comúnmente un uso un tanto laxo y se emplea indistintamente para denominar tanto las reacciones inconscientes como las reacciones conscientes que el material del paciente provoca en el terapeuta.

Si nos atenemos a su definición estricta, tal como fuera enunciada por Freud y por los autores mencionados, debemos considerar la contratransferencia como las reacciones inconscientes del analista frente a su paciente y, especialmente frente a la transferencia de éste.

Hablar de contratransferencia es hablar de nuestras reacciones emocionales inconscientes como terapeutas y considerar, no sólo los *límites* que nos imponen nuestros pacientes, sus familias o sus circunstancias socioculturales y económicas, sino que implica aceptar y asumir los límites que pueden nacer de nosotros mismos y que, en caso de no hacerse conscientes, pueden llegar a ser peligrosos para nuestros pacientes.

Nuestros límites como terapeutas, tanto conscientes como inconscientes, pueden surgir de:

- nuestros prejuicios científicos,
- nuestra insuficiente preparación profesional, negada,
- nuestros fracasos profesionales mal elaborados y que permanecen como heridas narcisísticas, impulsándonos a veces hacia la megalomanía reparadora o hacia el escepticismo,
- de nuestras luchas y rivalidades estériles con los propios colegas o con las autoridades institucionales o sanitarias de las que a veces dependemos y, finalmente, por qué no decirlo,
- de nuestras crisis personales o de momentos vitales especiales, por los que todos podemos atravesar y que, a veces, actúan limitando y empobreciendo la calidad de nuestra actividad profesional.

En el caso particular de los psicoterapeutas infantiles, los conflictos serios con sus propios hijos, pueden limitar y debilitar al terapeuta frente al paciente niño y frente a sus padres.

También un acontecimiento positivo, como puede ser el nacimiento de un hijo de una terapeuta infantil, en caso de que ésta reanude las terapias pronto, es imposible que no limite la carga libidinal que hay que desplazar sobre el paciente niño, a la vez que se sienta culpable tanto frente a su bebé como a su paciente.

Muchas veces ocurre otro tanto cuando dejamos a un hijo enfermo para ir a tratar a otro niño.

Sé que al insinuar, aunque no sea más que de forma sucinta, estos temas, he mostrado la otra cara, en general la cara más oculta, de los «Límites de la Psicoterapia Infantil», en espera de que en algún momento puedan volver a ser recogidos y que nos llamen a reflexionar sobre nuestra actuación profesional y sobre el destino de la psiquiatría y de la psicoterapia infantil en España, donde estamos la mayoría de nosotros trabajando e intentando aportar algo.

En mi introducción de hoy he sugerido un tema: *los límites que parten del terapeuta* y que pueden ser perturbadores para la psicoterapia de un niño o de un adolescente, y en el transcurso de esta reunión surgirán otros temas relacionados con las posibles indicaciones terapéuticas y los límites inherentes a cada caso en especial, según la edad del pequeño o no tan pequeño paciente, en función de su nivel de desarrollo psicosexual, de su psicopatología, de su medio familiar o de su contexto sociocultural y económico.

Pero ante situaciones como las mencionadas, los psicoterapeutas infantiles, reuniéndonos, como hoy aquí, discutiendo y estudiando, no tenemos por qué llegar a sentirnos impotentes. Pero sí existen ciertos límites, que no proceden de nuestro propio quehacer profesional en sí mismo, pero que nos incumben, y frente a los cuales a veces podemos llegar a sentirnos impotentes.

En España necesitamos una formación seria y sistemática de psicoterapeutas infantiles y necesitamos que esta formación no quede limitada tan solo a la que se puede llegar a obtener en alguna de las grandes ciudades.

¿Cómo es posible a veces no desalentarse cuando todavía no se ha logrado que la psiquiatría o la psicoterapia infantil sean reconocidas como especialidades autónomas, sin tener que depender, en caso de que se les dé alguna consideración, de la pediatría o de la psiquiatría de adultos?

Por otro lado, asistimos con frecuencia a un interés enorme y a una avidez de formación por parte de jóvenes profesionales que desean especializarse y pocas veces encuentran la solución adecuada, y asistimos también a la demanda, cada vez mayor, de padres que consultan y de niños o adolescentes que necesitan ser ayudados.

Sé que pensando en todos estos problemas y necesidades es que se han reunido las personas que han constituido SEPYPNA y por lo tanto merecen nuestro entusiasta apoyo y nuestro aplauso.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

ESENCIA Y LIMITES DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Por Manuela UTRILLA ROBLES*

Introducción

Después de describir algunas terapias de inspiración filosófico-política y mezclas de éstas dos con aspectos parciales de la teoría psicoanalítica, se intenta plantear el problema de la psicoterapia psicoanalítica. La esencia o el modelo esencial, sería la situación psicoanalítica tal y como la practican los maestros del psicoanálisis infantil.

Pero, si no se es un(a) psicoanalista experimentado, ¿qué se puede hacer?

El problema es de una complejidad y una actualidad desbordantes.

Utilizando el modelo psicoanalítico en situaciones donde la relación psicoanalítica está amenazada por múltiples factores (conflictos grupales e institucionales, parásitos de la libre asociación o de la escucha flotante, etc.), se puede desvirtualizar la relación y transformarla en nuevo etiquetaje diagnóstico —con consecuencias, a veces, graves—.

La noción de «límites» puede ayudarnos a replantear el problema desde el ángulo de las posibilidades que cada especialista tiene para entrar en relación con las familias de manera que esta relación pueda ser terapéutica. Si los especialistas estudian a partir de sus posibilidades personales, sus límites terapéuticos,la cuestión de adecuación entre la demanda y la respuesta, puede ser abordada.

En esta exposición se trata de alejarse del modelo nosológico-fenomenológico por considerarlo muy problemático. Diagnosticar a un niño(a) examinado en condiciones antiterapéuticas, sólo pue-

* Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

[1] Conferencia pronunciada en la II Reunión Científica de SEPYPNA en noviembre de 1985 en Madrid.

de reforzar el narcisismo del especialista y hacerle perder su capacidad de cuestionamiento. En ciertas condiciones, determinar que una cierta patología necesita de un tratamiento adecuado a ella, es deshumanizar el acto terapéutico que es esencialmente relacional y afectivo, y que depende de la calidad relacional de las personas (terapeuta-paciente), así como de los conocimientos teóricos integrados por el especialista.

Por esta razón intentaré esbozar una teoría relacional a partir de las descripciones de Winnicott para comprender cómo la relación puede ser terapéutica. Esta concepción se basa en los rasgos relacionales adquiridos en la primera infancia, evolucionando y desarrollándose según la constitución de un mundo interno y en contacto con el entorno. La integración o la búsqueda de nuestros propios límites, nos permitiría comprender mejor cuál sería la *adecuación* entre lo que se nos pide y lo que podemos dar. Toda relación terapéutica necesita *medios* (cualidades relacionales y conocimientos teóricos) y *condiciones:* El especialista debe participar en la relación con su propio funcionamiento mental para adquirir una escucha característica y no estar en situaciones que desvirtualicen ni la escucha ni la comprensión. Los procesos grupales e institucionales pueden afectar estos fenómenos, transformando la relación en un acto terapéutico.

En esta conferencia no se van a abordar otros problemas sobre psicoterapia como diferencias entre psicoterapia psicoanalítica y otras terapias de inspiración analítica (terapias breves, de grupo, psicodrama, etc.) .

El problema de las indicaciones tampoco se estudiará aunque éste dependa de los medios y de las condiciones antes evocadas.

La cantidad de sesiones, el número de terapeutas, las posibilidades de elaboración de cada paciente y los conocimientos teóricos-clínicos de los especialistas: serán parámetros importantes en el momento de escoger una psicoterapia.

En el tema de la esencia tampoco se describirán en detalle los factores terapéuticos como transferencia-contratransferencia, defensas-resistencias, escucha flotante, libre asociación, funcionamiento del pre-consciente, interpretación, fantasías, rememorización, construcción, identificación, etc., y los factores de cambio descritos por S. Freud.

El tema de la psicoterapia infantil es tan extenso que voy a intentar reducirlo. Pero antes quiero dar las gracias a la Dra. Pola Tomás, porque ya ha esbozado muchos de los temas que yo voy a tratar.

Y creo que hay una concepción que se desprende de su introducción y en la que siempre me he basado, es la concepción personal; es decir, partiendo de uno mismo. ¿Cuáles son nuestras posibilidades y nuestros conocimientos?, y a partir de esas posibilidades y conocimientos que cada uno tenemos vamos a poder realizar tratamientos o terapias según somos y según como hemos estado formados, entonces, claro está, este ejemplo personal del que S. Freud nos ha dado un modelo extraordinario, su autoanálisis, va a ser el hilo conductor de lo que les voy a comunicar; porque les voy a hablar o voy a intentar hacerlo de mi experiencia como terapeuta primero y después como psicoanalista.

Para intentar abordar este tema he tenido que partir de un aspecto muy general para focalizar poco a poco lo que podría ser la esencia de la terapia. Pero les anuncio inmediatamente, como la Dra. Pola Tomás ha dicho, que vamos a hablar de la terapia de inspiración psicoanalítica. Para llegar a esta conceptualización de la esencia de la terapia de inspiración psicoanalítica he tenido que interesarme en otras terapias porque no solamente podemos pensar Terapia igual a Psicoanálisis.

He intentado estudiar someramente cuáles serían las líneas esenciales de otras terapias. Las voy a evocar brevemente para comprender un poco las diferencias que pueden existir entre estas terapias y la terapia de inspiración psicoanalítica.

En el libro «Psicoterapia de la primera edad», escrito por Pierre Mâle y colaboradores[1], estos autores dicen que en los años 50 se extendieron en Estados Unidos una serie de prácticas nuevas individuales y colectivas con finalidades educativas y liberativas muy discutibles.

Es decir, que las finalidades de estas terapias serían educativas o liberativas.

Estas prácticas, según estos autores, surgieron de las teorías de Adler, de Reich y de Moreno. Pero yo he intentado ver en detalle de qué tratan estas terapias porque Mâle no las especifica. ¡Y claro!, me he encontrado con una serie, se puede decir, más de 500 ó 600 terapias diferentes en Estados Unidos, no hablo ya de Europa, sino de EE.UU. He tenido que clasificarlas en dos corrientes. Yo las llamaría «las corrientes que se basan en teorías filosóficas» y las que se basan en esas teorías filosóficas mezclando aspec-

[1] P. Mâle et cols. «Psychotherapie du premier âge» *Le fil rouge*. PUF 1975

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

tos parciales del psicoanálisis. Lo que me parece ya un punto de vista bastante interesante para reflexionar: aspectos parciales. O sea, no se basan en una teoría coherente del psicoanálisis.

Las teorías filosóficas de inspiración oriental son: el yoga, el zen, el tao te chin, etc.

Son teorías que se basan en aspectos religiosos budistas, pero que muchos filósofos occidentales incorporan, por ejemplo, Heiddeger y, sobre todo, un filósofo, que no sé si conocen ustedes, que se llama Durkheim, tiene un instituto en Alemania que es uno de los más famosos de psicoterapia.

Durkheim emplea teorías orientales en sus prácticas terapéuticas.

Existen además otras teorías y otras prácticas que son una mezcla de aspectos sociales, culturales y políticos marxistas.

Esbozaré, pues, algunas de entre ellas. Una de las principales es la Bioenergética.El fundador de la Bioenergética fue A. Lowen[1]. Lowen era un discípulo directo de Reich y desarrollaba su teoría a partir de las bases de su maestro. Para él «la emoción reprimida se convierte en tensión muscular», es decir, que para Lowen la terapia consistiría, a partir de las emociones, en disminuir las tensiones musculares. Entonces vemos inmediatamente surgir, a partir de esta teoría de Lowen, su práctica que sería interesante en las emociones y en los ejercicios musculares.

Para Lowen el análisis verbal y la actividad corpórea se integran tendiendo a construir un sólido «yo mismo»; en francés se llama «soi» es un «yo mismo» que no es el self. La energía vital descrita por Reich (que es la energía orgónica, sería, efectivamente, una energía que tendería a la liberación; estas prácticas son pues catárticas porque incitan a la descarga y dan mucha importancia a la respiración. Técnicamente se trata de ejercicios de descarga por la respiración, teniendo en cuenta las emociones y la relación.

Lowen trabajó en San Francisco y con John Pierrakos, que funda el «Institute for the new age of man» en Nueva York. Pero ya Pierrakos se desvía de la teoría en vez de comprender la emoción y tensión muscular, inventa una nueva teoría (porque veremos en el transcurso de estas reflexiones cómo hay nuevas teorías que se van añadiendo) y piensa que el campo magnético del idividuo se puede fotografiar.

[1] A. Lowen, MD: *The Depression and the Body. The Biological Basis of Faith and Reality.* Penguin Books Inc., New York, Baltimore.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Vemos que estas teorías de Lowen, que eran bastante serias, se van a ir transformando en algo parecido a lo que nos describió Carlos Castañeda (es un sociólogo americano que se marchó a Méjico para aprender la técnica de brujería).

Después de la Bioenergética está la Gestal-terapia. El máximo representante de la Gestal-terapia es F. Perls [1]; para Perls lo importante es la toma de conciencia de sí mismo. Esta perspectiva se aproxima mucho más a un aspecto que podríamos llamar analítico, aunque veremos después que este es un aspecto parcial del psicoanálisis. La toma de conciencia a la que Freud dio importancia cuando describió los procesos histéricos no representa lo esencial del psicoanálisis puesto que la toma de conciencia sola no sirve para gran cosa. Este autor recoge este dato y piensa que el individuo está hecho de partes.

Entonces la terapia de Perls consistiría en reunir esas partes por la toma de conciencia y, efectivamente, llegar a una conciencia de sí mismo mucho más completa.

Esta teoría de Perls va a dar en EE.UU. una gran cantidad de alumnos de los cuales el que más destaca es Moshé Feldenkrais [2], que es el que inventa «la danza movimiento», es decir, que piensa que moviéndose con la música y bailando se va a tomar conciencia de uno mismo y del cuerpo con las actitudes del terapeuta que serían las actitudes educativas, explicativas de las sensaciones corporales que cada persona tiene. Bien, Feldenkrais trabaja con Joan Chodorow en EE.UU. y parece ser que tienen bastante éxito.

Estas teorías de la Gestalt-terapia se extienden por EE.UU. y toda Europa. Por ejemplo, Jolande Jacobi en Inglaterra, M. B. von Franz en Alemania, después, en Nueva York, Edinger Edward. Estos autores también se basan en las teorías jungianas sobre todo en tres libros principales de Jung que son: *La Mandale Symbolism, Psicología* y *Religión* y, principalmente, en las teorías de los arquetipos jungianos (saben ustedes que existe una escuela internacional jungiana que está extendida por el mundo entero).

Después de la Bioenergética y de la Gestalt-terapia existen también otras terapias que tienen bastante éxito en Europa, son las basadas en el Grito Primal y el behaviorismo. El Grito Primal surge en 1970 con Janov[1]. Se trata de grupos (sobre todo de niños) que

[1] Frederick S. Perls, MD: *Gestalt Therapy Verbatin, the Transcription of seminars given at Esalen Institute during the years 1966-68* (Real people Press, 1969).
[2] M. Feldenkrais: *Der anfrechte Gan-Inselverlag.* 1968.

[1] Janov, A The Primal Scream New York, GP. Putnam's Sons, 1970.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

deben chillar y, a partir de los chillidos del grupo, se analizan las sensaciones interrelacionales que existen en el grupo. No hago comentarios porque pienso que cuando una persona intenta hacer su práctica de manera honesta y consciente con su teoría puede llegar a resultados parecidos.

Las actitudes terapéuticas, los éxitos terapéuticos dependen (creo que decía la Dra. Tomás) más bien del terapeuta que de una buena indicación.

De las terapias behaviorista y conductistas no voy a hablar aquí porque en España las conocen ustedes mejor que yo.

Paralelamente van a surgir en América las teorías terapéuticas basadas sobre la teoría de la comunicación. Saben ustedes que hay una escuela en Palo Alto y saben que está representada por Bateson, Halley, Jackson, Sager, Framo, Satir, Hochman, Minuchin, Ackerman, Watzlawick, etc. Digamos que todas estas teorías están descritas maravillosamente en un artículos que el doctor Salvador Mascarrell escribió después de una conferencia en Ginebra, me parece que en 1970-74.

En Italia surge también una escuela a partir de estas teorías de la comunicación, y todos conocen también a madame Selvini. Es una señora bastante importante en Italia que, sobre todo, practica sus terapias para personas que vienen del fondo de Calabria.

Vemos surgir después en Inglaterra otro movimiento que se llamaría «Movimiento Antipsiquiatría», que se basa también en teorías de la comunicación, en teorías psicoanalíticas y en teorías orientales. Sus representantes son: Laing y Cooper. En Francia, Tosquelles, Mannoni, Gentis, Oury, etc

Ante toda esta variedad nos podríamos preguntar cuáles son los denominadores comunes; entonces... ¿qué es terapia? Podríamos decir que el denominador común de estas terapias es en gran parte «la catarsis», la descarga, es decir, una especie de tendencia a que los sentimientos se descarguen.

Les puedo decir que este problema de la catarsis no es solamente un problema de todas estas teorías que he evocado de estas prácticas, pero que también existe esta idea en algunos psicoanalistas. Es decir, que piensan que cuando los pacientes se angustian, hay que descargarlos, hay que desangustiarles rápidamente. Y, efectivamente, esta idea de catarsis va a impregnar bastante el campo psicoterapéutico.

El problema para mí se ha presentando intentando, a partir de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

todas estas teorías, comprender en qué consistiría la esencia de una psicoterapia y, efectivamente, pienso que todas estas terapias de las que he hablado hablan de la relación, es decir, que habría ese denominador común que es la relación. Pero..., ¿qué es la relación? Todo el mundo habla de relación, pero el que ha descrito más el proceso de relación es Winnicott. ¿Qué es la relación? Entonces como psicoanalista he tenido que intentar comprender lo que podría ser una relación psicoanalítica. Es decir, pasar de lo general a lo muy particular, que sería la restricción del campo de la investigación tal como se presenta en la situación psicoanalítica.

Entonces voy a intentar comunicarles estas reflexiones que he hecho, sobre todo a partir de un artículo que escribí en una conferencia que di en Bruselas, hace ya algunos años, sobre la relación.

Para hablar del texto voy a hablar mucho de Winnicott, por que creo que este autor es uno de los que han descrito los aspectos relacionales de manera más genial. Creo que mi punto de vista será compartido por todos ustedes.

Vamos a partir de esta idea y les voy a invitar a imaginar (por que, efectivamente, esto va a ser un ejercicio de imaginación).

¿Qué es lo que puede suceder entre dos seres humanos que se ponen en relación? Podemos partir también del concepto general.

Vamos a imaginar ahora a dos personas y qué pasa entre ellas. Bien; lo que las teorías orientales nos van a decir es que lo que pasa entre ellas, entre estas dos personas, son los campos energéticos, el magnetismo, las sensaciones, las miradas, etc. En esto no nos vamos a interesar ahora. Vamos a intentar comprender, efectivamente, qué pasa en esta relación de estas dos personas, considerando que cada persona tiene un mundo interior; es decir, un psiquismo, un funcionamiento mental, y un mundo exterior que le rodea y a partir del cual hace sus experiencias y modela su mundo interior.

Vamos a considerar que cada una de estas personas tiene una historia individual y esta historia se la voy a contar traduciendo un poco a Winnicott Voy a intentar contársela.

Winnicott empieza con la infancia, con la madre. La madre de este señor X que está en relación con este otro señor Z, antes de concebirle ya ha fantaseado lo que va a ser posiblemente este hijo que iba a tener. La descripción que nos da Winnicott la he sacado del libro «De la Pediatría al Psicoanálisis».

Todos los autores psicoanalíticos están de acuerdo en considerar que estas fantasías no es que vayan a ser predeterminantes del psiquismo del niño, pero, efectivamente, van a tener una importancia capital en su funcionamiento mental. Y vamos a ver como Winnicott desarrolla esta importancia. A mí me parece bastante fascinante. Es decir, la importancia que van a tener las fantasías de la madre es la siguiente: gracias a estas fantasías va a poder concebir al niño y después se va a poder separar de él por el investimiento que esta madre va a tener con su esposo. Es decir, que la madre tiene un marido y piensa que va a tener un hijo, entonces va a compartir sus investimentos. Sus grandes investimentos libidinales, van a compartirse entre estos dos seres: uno que ahora es real y otro que es imaginario y que es su futuro hijo.

Bien, entonces la evolución, tal como la describe Winnicott, es la siguiente. Esta madre, poco a poco (sobre todo cuando llega a la realización de la concepción del niño) va a desinvestir a su marido como objeto altamente investido y va a investir al bebé que lleva dentro, en el vientre. Es decir, que va a haber un movimiento de desinvestimiento del marido. Pero, dice Winnicott, que es necesario para que la madre sea suficientemente buena, que no se desinvista totalmente al marido. Es decir, que esta señora sea todavía amante, que sea madre (todavía no es madre porque no tiene al niño, lo tiene en el vientre) y que sea esposa y amante todavía, pero cada vez menos. Es decir, cada vez va a ser menos amante y después menos esposa. Entonces el niño (este señor cuando era niño) va creciendo en el vientre de su madre. Winnicott dice que se va a producir un fenómeno de regresión y que en el momento del parto va a tener una especie de delirio. Winnicott dice que se vuelve loca. Es decir, que hay una especie de proyección psíquica de locura porque en el momento en que esta madre ve realizado este producto de su fantasía concretizado en algo que puede tocar, efectivamente es como un delirio.

Y gracias a ese estado de locura de la madre (y ese estado de locura sería casi un desinvestimietno no diría total del marido, pero casi un desinvestimiento no sólo de su marido sino del entorno, del mundo que le rodea) va a centrarse totalmente en su bebé.

Si la madre no ha podido hacer esa trayectoria: investir-desinvestir-fantasear-volverse loca (esa sería la madre suficientemente buena), si una mujer no ha podido hacer esos movimientos psíquicos (para hacer esos movimientos psíquicos se necesita un grado de madurez) no puede separarse de su hijo y ahí entramos en la patología, en las grandes patologías. Ustedes saben que M. Mahler ha descrito este estado de simbiosis entre la madre y el niño

y que ha desarrollado su concepto de psicosis simbiótica a partir de esos momentos de la vida.

Bien, no voy a entrar en detalle con la descripción de M. Mahler, tal vez le rinda homenaje porque yo la conocí personalmente y era una persona extraordinaria (saben ustedes que acaba de fallecer y es una pérdida importante para el psicoanálisis).

Volvamos a esta madre que está casi loca y ha desinvestido bastante a su marido.

El rol del padre es también muy importante, Winnicott siempre, aunque hable de la madre, en algunas frases paralelas dice que el rol del padre es muy importante. ¿Por qué va a ser muy importante el rol del padre?, porque va a ser el que va a recuperar a la madre. Es decir, el padre se ha dejado desinvestir y puede al mismo tiempo recuperar a esta madre que ha regresado gracias a este investimiento constante del padre.

Así, el niño va a poder construir, constituir su sentimiento de continuidad de existencia que es el self. En una frasecita, Winnicot dice: «el self es el sentimiento de continuidad de la existencia», «el potencial creador del individuo nace de su necesidad». Ya eso nos debe interrogar. «El potencial creador», porque todo el mundo necesita saber que es creador. Es decir, que es una de nuestras ilusiones. Y por eso creo que hacemos terapias con niños y con adultos porque pensamos que podemos ser creadores.

Bien, para mí esa frase ¿qué significa? Para mí esa frase resume bastante bien lo que Freud ha querido decirnos sobre el apuntalamiento. Las pulsiones sexuales se apoyan sobre las pulsiones de autoconservación. Pero... no voy a entrar en discusiones, solamente puntualizarlo.

Y bien, el potencial creador del invididuo nace de la necesidad. Winnicott piensa que la necesidad del niño de alimentarse, esa necesidad que va a tener del pecho de la madre va a predeterminar su potencial creador. Pero, dice en una frase después: «el potencial creador del individuo que nace de la necesidad le predispone a alucinar». Ese potencial creador va a ser el que le predispone a alucinar, entonces, claro, aquí Winnicott va a desarrollar este proceso de alucinación mejor que Freud. Porque efectivamente Freud también ha descrito este proceso de alucinación cuando, sobre todo, la madre falta. Entonces me voy a parar un poquito, si me permiten, en estas frases porque creo que merecen la atención.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Es decir, Winnicot considera ya a este bebé como un potencial, todavía no ha desarrollado este potencial, pero tiene ese potencial de creatividad. Y, ¿cómo va a desarrollar este potencial de creatividad ya en ese período y sobre todo cómo lo vamos a considerar en una persona adulta? ¿Cómo una persona adulta va a poder desarrollar ese potencial creador?

Winnicott dice una frase: «la madre y su identificación estrecha con el bebé hace que ella perciba sus necesidades a tal punto que le ofrece algo en algún momento y en algún lugar ~~preciso~~». quiendo.

Bien, para mí estas frases resumen lo que podría ser una relación ideal. Es decir, que uno se encuentra con otra persona y le va a ofrecer lo que quiera en el lugar preciso. Es a lo que tendemos todos, a esas relaciones donde hay esa armonía total, donde uno sin poder expresar sus necesidades hace que el otro se las comprenda y que le dé algo que necesita en ese momento. Yo creo que eso no pasa casi nunca, muy pocas veces, y que es una especie de milagro.

Pero volviendo a esta relación, a esta imaginación de la relación entre esta madre y ese bebé. Es decir, que gracias a que la madre está casi loca puede identificarse con su bebé (esta mujer es casi ya como un bebé). El niño no puede formular sus necesidades; si un niño llora, ¿quién podría decir si tiene hambre, si tiene sed o es que quiere que le cojan en brazos? No, nadie, porque el niño no lo dice, pero la madre percibe estas necesidades, las imagina, imagina que cuando el niño llora dice que tiene hambre. Todo el mundo que se interrelaciona con un bebé tiene esa misma reacción de locura, que es una especie de regresión total y, claro, después cada uno se va a sus despachos tranquilos y después coge su rol de adulto y ha olvidado que durante una secuencia ha empezado a delirar.

Winnicot describe esto también muy bien, las posibilidades de regresión de cada individuo y la utilización de esa regresión.

Si lo detallo tanto es porque en esta relación vamos a encontrar las premisas de toda relación, de toda relación terapéutica.

La madre cree que el bebé va a necesitar algo y se lo da. Y dice Winnicott más o menos en algún momento, es decir, que no le deja llorar demasiado, pues si el niño llora demasiado ya cuando la madre le da algo el niño lo rechaza, y dice Winnicott que en el lugar querido. Claro, el lugar querido es la piel, la boca. Es decir, supongamos que ella ha creído que el niño lloraba porque tenía hambre y le da el pecho y entonces de repente se produce un fenóme-

no extraordinario y es que el niño se calma y parece que esta madre ha confirmado su idea de que el niño necesitaba pecho. Y ven ustedes que se trataba de un juego totalmente imaginario, totalmente, diría yo, loco, porque el niño no pide y la madre está segura que tiene necesidad de esto, la madre le da y el niño se calla.

Dice Winnicott que la repetición de esta situación (la repetición por una sola vez no marcha), pero la repetición va a abrir las puertas de la ilusión, me he equivocado, del espacio de ilusión. Este espacio de ilusión es absolutamente necesario para toda relación posterior. Sin este espacio «ningún contacto es posible entre el individuo y su contorno».

Desgraciadamente muchas madres y muchos niños han podido vivir estas experiencias por circunstancias de la vida. Todas las madres no pueden tener esa fluidez psíquica de poder dar en el momento adecuado, etc. Cada uno transmite lo que es. Hay madres que no pueden ser y, efectivamente, para esto estamos los terapeutas, para ayudar a estas personas.

Entonces, después del espacio de ilusión dice Winnicott que el niño va a construir el objeto transicional, el espacio transicional y los objetos transicionales. Vamos a dejar esta teoría transicional porque ya la conocen ustedes.

¿Para qué me interesa pararme en todo esto? Tenemos todavía a este señor X que se pone en relación con el otro y que hemos intentado comprender su trayectoria de niño. En esas experiencias, primeras experiencias de ilusión, transicional, etc., ese niño, dice Winnicot, va a constituir rasgos de personalidad, es decir, características relacionales. Es una manera particular de dar, de recibir, de penetrar (penetrar quiere decir por la palabra y por el pensamiento) de ser penetrado. Ese niño va a constituir unas características especiales relacionales, va a continuar toda su existencia y cuando sea adulto, al ponerse en contacto con otra persona va a desarrollar esas características efectivamente relacionales.

Para comprender mi idea general, y para transmitirles lo que sería una relación terapéutica, he imaginado lo que podría pasar entre el señor X y el señor Z que se ponen en relación y que van a crear, no un espacio común entre los dos, pero sí un Ser. Un Ser que yo llamaría un bebé transicional, es decir, que cuando uno se pone en relación con otra persona durante cierto tiempo con una cierta calidad relacional puede crear algo en común. Se dice «hemos creado algo». Por ejemplo, en el proceso de la amistad la gente decimos «tenemos algo en común que hay que alimentar», pues bien, esto es una imaginación, como si hubiera un bebé común

en el cual las producciones de cada persona van a instalarse en ese bebé imaginario que han creado los dos para que cada uno de ellos recoja lo que es suyo y no lo que el otro tenga que imponerle, lo que tiene que recoger de uno mismo, de sus producciones internas. En ese momento, cuando estas dos personas, estos dos señores, han creado este espacio transicional, este bebé transicional entonces, pueden, a partir de sus producciones, recogerlas y enriquecerse, porque esas producciones son también del otro, es decir, no son producciones individuales, son producciones de la relación.

Pienso que cuando se llega a este estadio perfecto, digamos de relación, toda relación es terapéutica.

Entonces, ¿qué se necesita para tener una relación imaginaria como las que he descrito? Para crear con el otro ese ser transicional, para poder tener la libertad asociativa de crear algo con otra persona efectivamente se necesita un grado de madurez extraordinaria. Y no es que yo quiera aquí preconizar el psicoanálisis, pero pienso que esa posibilidad se adquiere con una experiencia psicoanalítica y que las personas que no tienen una experiencia psicoanalítica sí pueden llegar a tener algunas características de esta relación.

Pero, efectivamente, como dijo la Dra. de Tomás sobre los límites personales, cuando no se han estudiado y no se han constituido es muy difícil limitarse.

No voy a describir todos los fenómenos que van a interferir o entorpecer, como decía la Dra. Tomás, este proceso de relación terapéutica.

Creo que actualmente tenemos varios ejemplos en procesos grupales. Cuando los individuos que trabajan en una institución forman un grupo, existe una gran cantidad de procesos grupales (es decir, que sin quererlo estamos sometidos a una cantidad de procesos en los que las personas que trabajan en instituciones dicen a veces «pero si yo no soy yo mismo» «¿qué me ha pasado?»). Esos procesos grupales hay que estudiarlos y valorarlos para que no impidan la posibilidad de la comunicación. O sea, que los que pueden entorpecer las posibilidades terapéuticas, es decir, la creatividad de cada individuo, son los procesos grupales y los procesos institucionales.

La pertenencia a la institución hace que poco a poco algún individuo que no esté alerta a esos procesos que pasan a pesar de uno mismo en la institución, hacen que se transforme en un hom-

bre o mujer tecnológica, es decir, que sea un técnico, que un especialista se transforme en un robot y eso es lo que empobrece totalmente una relación. Así puede ocurrir con las personas que utilizan solamente su teoría para la relación terapéutica sin utilizar su persona, sus características personales.

Aquí últimamente, en España, hemos tenido la película de G. Orwells, y que ha escrito el libro, «1984» y efectivamente describe fantásticamente lo que pueden ser esos procesos institucionales que hacen del individuo un robot.

Para hablarles de la relación psicoanalítica partiré de mi maestro René Diatkine, que creo que es uno de los psicoanalistas más importantes actualmente y el que ha estudiado efectivamente las psicoterapias y el psicoanálisis de niños.

Diatkine, refiriéndose a su libro sobre Carine, se plantea la cuestión, ¿qué ha pasado entre la niña y su psicoanalista?, ¿qué ha podido tener una importancia tan grande en su psiquismo?, ¿cuál es el proceso psicoanalítico del niño? y ¿cómo podemos distinguirlo de los efectos psicoterapéuticos y educativos? Y, después, más tarde, dirá: «el psicoanálisis de niños, como la psicoterapia, exige una posibilidad de invención y de renovación, escapa a todo estímulo de imitación; las expresiones utilizadas por el psicoanalista, vienen de sus propias asociaciones», lo que Freud llamaba las imágenes ideo-verbales, y pertenecen a su propio sistema preconsciente, es lo que se espera de un analista didáctico que encuentre esa asociación libre. La intervención es eficaz en la medida en que sus palabras provocan a su vez asociaciones en su paciente. No existiría, pues, una interpretación stándar. Y, más tarde, dice: «el proceso psicoanalítico se caracteriza por el levantamiento progresivo de la represión. Su agente esencial es la neurosis de transferencia que actualiza por su calidad repetitiva las experiencias vividas anteriormente. La elucidación de esa neurosis de transferencia y la resistencia que la acompaña debe permitir a la vez la toma de conciencia del carácter repetitivo de los fenómenos mentales actuales, la reminiscencia y la reconstrucción del pasado vivido y su liquidación dando al paciente su autonomía».

Voy a hablarles ahora, rápidamente, del psicoanálisis de niños.

La primera psicoanalista de niños fue Hug-Hellmut. La primera que pensó que el juego del niño abre el acceso a su inconsciente y a sus tensiones conflictivas.

Y desde que Hug-Hellmut dice esto, vemos también desarro-

llarse una cantidad de escuelas psicoanalíticas de niños que voy solamente a evocar rápidamente. Solamente en Inglaterra las dos escuelas psicoanalíticas más importantes: la de Ana Freud y la de Melanie Klein. En EE.UU. M Mahler y toda la extensión que las ideas de M. Mahler ha tenido sobre otras escuelas psicoanalíticas, por ejemplo la de Bleger y Bion y no hablemos ya de Winnicott en Inglaterra y la escuela francesa, sobre todo la de Lebovici y la de Lacan, y es precisamente Lebovici uno de los que han descrito con más precisión lo que es la neurosis de transferencia, la neurosis infantil y el psicoanálisis. Porque él diferencia lo que puede ser una neurosis de transferencia de una neurosis infantil. Bueno: la escuela americana basándose en las teorías de Jung, de Hartmann, Lowenstein y, sobre todo, la escuela argentina de la que la Dra. Tomás ya ha hablado.

Bien, no sé si les he comunicado mi sentido de la esencia de la psicoterapia de inspiración psicoanalítica en el niño. Voy a hablar rápidamente del problema de los límites.

El problema de los límites me parece también uno de los más importantes. Voy a intentar resumirlo porque sería tan largo como el problema de la esencia.

Supongamos que yo tengo conciencia de ciertas cosas que no puedo hacer y ciertas cosas que puedo hacer y todavía no tengo conciencia de todo lo que puedo hacer y todo lo que no puedo hacer, claro está, porque el problema de los límites es un problema de evolución.

Abordar el problema de los límites, como si los límites fueran ya un encuadre y lo pudiéramos percibir, sería utópico, totalmente utópico. Es decir, que la creación de los límites personales vienen de la creación de los límites psíquicos, es decir, de las primeras experiencias del Yo-no Yo, del mundo exterior-mundo interior. Esas concepciones que nos permiten constituir una imagen psíquica corporal, al constituir esa imagen psíquica corporal podemos constituir el sentido de los límites, pero no los límites, puesto que uno está en evolución constante hasta su muerte.

Entonces, ¿para qué nos sirve este concepto de límites en la psicoterapia? Cada persona, si es coherente con su teoría, va a poder ofrecer una relación también coherente de la que va a sacar una experiencia, y esa experiencia va a servir para conseguir y proseguir su experiencia de sus límites, es decir, para elaborar sus límites. Y en este campo de investigación producir, recoger lo producido, ponerlo en cuestión, no creérselo y seguir evolucionando,

es una manera de construir sus propios límites. Entonces, claro está que esta experiencia en el campo de psicoterapia es muy difícil.

Cuando empezaba la psicoterapia, habitaba en mí lo que habita en todo el mundo, la omnipotencia, creer que voy a transformar a los otros. Y entonces, la cantidad de golpes que uno se da cuando practica la omnipotencia es bastante interesante, más bien ayuda a plantearse el problema de los límites personales.

Dijo la Dra. Tomás que el problema de los límites en psicoterapia y el de las indicaciones están íntimamente ligados. ¿Cuáles serían las indicaciones en psicoterapia infantil? Yo diría, la indicación es ante todo la indicación del terapeuta, no la indicación del niño. Entonces las indicaciones partirán de las posibilidades personales del terapeuta, pero también se me dirá que las indicaciones tienen que partir de los problemas de los niños y esto para mí es un problema terrible, porque hay un predeterminismo en la manera en que examinamos al niño. Si yo examino un niño en la consulta de un servicio en la que yo deseo llegar a un puesto superior al que tengo voy a estar habitada por una cantidad de procesos interiores y voy a ver a esa familia, a ese niño, según esos parásitos, eso parasita la relación.

En un período de mi vida sólo veíamos niños psicóticos y después R. Diatkine nos decía: «esto es un niño neurótico». Es decir, que el proceso de diagnóstico para mí es muy discutible.

Una persona que no tendría estas posibilidades relacionales como las he descrito, tenderá a hacer diagnósticos porque es lo único que sabe hacer (cada uno tiene que hacer lo que puede, diría yo) y efectivamente esa producción diagnóstica intentará diferenciar cada vez más, esto es una neurosis pero de tal clase: histérica, compulsiva, obsesiva, fóbica, etc., y después hará una distinción perfecta entre las fobias y las psicosis, etc., etc.

El diagnóstico de un niño plantea muchísimos problemas de todo orden: personales, relacionales, de deseos inconscientes y de la patología del niño. Entonces dirán ustedes, ¿cómo se puede apreciar la patología de un niño?, según mi experiencia yo solamente intento apreciar una patología a la que yo le pueda dar respuesta. Si yo no puedo dar respuesta a algo ni siquiera voy a intentar considerarlo. Yo o el equipo con el que yo trabajaría, es decir en una institución trabajando como ustedes saben, como hemos trabajado todos con: enfermeras, psicomotricistas, asistentes sociales, psicólogos, pedagogos, etc., en esas condiciones hay que intentar que el equipo tome conciencia de sus propias posibilidades, que cada

persona comprenda qué es lo que puede ofrecer y a partir de ahí cuál será su diagnóstico. Yo creo que un diagnóstico sin poder ofrecer después nada es un acto totalmente inútil, estéril y excesivamente peligroso. Es decir, lo que llamo un «diagnóstico dogma» es para confirmar nuestras teorías y para tener un placer narcisista de funcionar como grandes especialistas pero sin que tenga ningún efecto en los niños y los padres que se ven.

Aquí estoy intentando describir los grandes problemas de las consultas en una institución, tal vez menos en privado porque en privado cuando los padres llegan se sobreentiende que estos padres del niño tienen una demanda, una petición. Vamos a ver entonces cómo adecuamos la petición a nuestras posibilidades.

La primera entrevista en psicoterapia infantil es adecuar cuáles son las posibilidades del terapeuta a las demandas de estas personas. Es decir, grosso modo, cuál sería la posibilidad de un funcionamiento mental X en los padres y en el niño para que yo pueda aportarles algo en un encuadre que vamos a fijar. Esa sería la experiencia de una consulta privada. Ahora bien, sabemos que en las instituciones y sobre todo en las instituciones sociales eso no existe; es la maestra, por ejemplo, la que dice: este niño va mal, entonces el especialista, haciendo un cortocircuito, va y examina al niño. Es decir, la maestra le dice a los padres que el niño va muy mal y este niño está enfermizo y los padres, ¡qué horror! Vayan ustedes entonces al especialista y los padres coaccionados van al especialista y el especialista entra en un sistema aberrante, que me parece bastante aberrante, vamos a examinar inmediatamente al niño. Y ustedes saben que examinar al niño así porque sí va a tener implicaciones en su vida, es decir, va a tener unas consecuencias en cada niño diferentes. Nosotros somos responsables de esas consecuencias. Si examinamos al niño y hacemos un diagnóstico y decimos: ¡mire, este niño sufre de esto!, y luego decimos al padre: ¡váyase usted porque este niño necesita un apoyo especial! (les estoy describiendo una cosa un poco caricaturesca), esto es un escándalo. Cuando uno se para a comprender estos procesos no entiende cómo los especialistas a veces nos hemos prestado (lo digo porque yo lo he hecho, mea culpa) a tales prácticas.

La situación, por ejemplo, en las escuelas, en las guarderías, donde es otra persona la que detecta una patología, yo creo que merece mucha atención y reflexión. Antes de empezar ese proceso repetitivo (que es examinar al niño, diagnosticarlo y darle un tratamiento según las indicaciones que nosotros consideremos en esas condiciones en que estamos haciendo esa experiencia aberrante) hay que pensar.

Así, los límites de cada persona, de cada terapeuta van a depender de todas estas circunstancias, de todas estas condiciones que les he descrito.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS INTERVENCIONES TERAPEUTICAS BREVES PADRES-NIÑOS. SU LUGAR EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Por Francisco PALACIO ESPASA*

En este trabajo vamos a limitarnos a las intervenciones terapéuticas de tipo interpretativo, dejando de lado aquéllas que descansan sobre otros modelos teóricos. Dentro de aquéllas, primero vamos a definir sucintamente la terapia interpretativa por excelencia, es decir, el psicoanálisis, para, a continuación, poder situar las otras con relación a ella. El psicoanálisis de niños, como el de adultos, está ante todo centrado en el análisis de la transferencia tal como se presenta en la situación interpersonal, lo que permite reconstrucciones de un pasado real o fantasmático, sin intentar obtener modificaciones inmediatas del funcionamiento psíquico del sujeto. Esta actitud del analista induce un proceso analítico hecho de la transferencia de múltiples fantasmas en el curso de una sola sesión, oscilando alrededor de lo que sintéticamente se puede describir como las dos posiciones psíquicas de base descritas por M. Klein. Por un lado, los fantasmas que conciernen al reconocimiento del analista como un objeto del cual el paciente tiene necesidad para el conocimiento de sí mismo —representando así los objetos del pasado— y que puede gratificar o frustrar. Estos son los fantasmas propios de la posición depresiva, puesto que conllevan sentimientos de pérdida y de limitación que se acompañan de afectos depresivos. De otra parte, están la gama de fantasmas defensivos contra el dolor psíquico de la posición depresiva. Estos fantasmas van de la confusión del sujeto con el objeto idealizado hasta la tentativa de posesión exclusiva del amor del padre del otro sexo a nivel del complejo de Edipo, dando lugar a las diversas modalidades de la patología narcisista. Estos fantasmas, de grados diversos, recurren a la agresión para establecer las diversas formas de omnipotencia, agresión en la cual la proyección es responsable de los afectos de tipo persecutorio propios de la posición esquizoparanoide... Los jalones más notables de este proceso analítico han sido descritos por Meltzer. Se tiene tendencia a reservar una tal

* Jefe de servicio adjunto del Service de Guidance Infantil, Instituciones Universitarias de Psiquiatría, Ginebra.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

terapia, como lo señala Diatkine, para los casos en los que la organización neurótica falta o bien es muy lábil, es decir, para los casos borderline: prepsicosis y disarmonías evolutivas muy severas. El psicoanálisis es todavía el tratamiento de elección de las neurosis, si bien éstas últimas pueden ser tratadas mediante psicoterapias analíticas, sobre las cuales no nos vamos a detener puesto que hay una vasta literatura sobre este tema.

Esquemáticamente se puede decir que en el niño, los trastornos neuróticos, sobre todo de tipo histérico y fóbico no demasiado grave, pueden, a menudo, ser tratados mediante psicoterapias breves, mientras que las neurosis más severas, sobre todo de tipo obsesivo, necesitan una psicoterapia analítica a largo término. Las psicoterapias comparten con el psicoanálisis el hecho de analizar, si bien a su manera, la transferencia, pero ellas se limitan, o bien a un cierto número de fantasmas considerados como responsables de la sintomatología del niño para las terapias breves, o bien a lo que en el pasado se ha llamado un «complejo» fantasmático ligado a la estructura de la personalidad en las psicoterapias a largo término. Por todo esto el número restringido de sesiones y su distribución semanal permiten limitar lo que es «transferible», lo cual constituye otra diferencia esencial con el psicoanálisis. Las terapias breves, llamadas también «focales» o «focalizadas», pueden hacerse a razón de una o dos veces por semana, estando indicadas en los niños que tienen una organización neurótica no muy severa. En estos casos la problemática gira alrededor del complejo de Edipo, sobre todo de la rivalidad edípica y de la angustia de castración, habiendo dificultades para hacer el duelo de un objeto incestuoso. El número limitado de sesiones por semana, así como el final del tratamiento fijado desde el comienzo, permiten centrarse en la transferencia sobre la problemática edípica alrededor del duelo de la relación terapéutica. Esto supone, naturalmente, lo que está implícito cuando se habla de organización neurótica, o sea, una aceptable elaboración de la posición depresiva y también una buena capacidad para hacer duelos.

En las organizaciones neuróticas más graves y, sobre todo, en las neurosis obsesivas, esta elaboración de la posición depresiva y esta capacidad para hacer duelos son más limitadas; éstos últimos toman a menudo aspectos melancólicos[1]. En estos casos, dos

[1] La fijación y la regresión a la fase anal retentiva propia de la neurosis obsesiva nos parece, de hecho, el medio neurótico de elección para elaborar angustias depresivas bastante intensas que no llegan a resolverse más que mediante defensas melancólicas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

o tres sesiones y el compromiso ilimitado en el tiempo permiten elaborar más profundamente las angustias depresivas en la transferencia. En cualquier caso el nivel de regresión es más limitado que el «setting» analítico, tanto por el número de sesiones más reducido como por el hecho de que el psicoterapeuta tiene tendencia a centrarse sobre el análisis de problemas estructurales centrales que aparecen claramente sobre la escena transferencial.

La noción de neurosis de transferencia que en nuestros días aparece como demasiado limitada para explicar la complejidad del proceso analítico citado más arriba, puede ser, por el contrario, útil para comprender la reedición, en la situación interpersonal, de los fantasmas o «complejos fantasmáticos» responsables de la sintomatología o de los conflictos estructurales centrales del sujeto. La naturaleza misma de la organización neurótica, con su tendencia a la focalización de conflictos, contribuye al éxito de la psicoterapia. No obstante, el psicoanálisis o la psicoterapia (a largo término o breve) constituyen una parte bastante reducida de las actividades terapéuticas del psiquiatra de niños. La mayor parte de las actividades giran alrededor de aquéllo que nosotros hemos llamado *intervenciones terapéuticas breves padre-hijo.* Son objeto de estudios entre nosotros a partir del trabajo de B. Kramer, cuyo primer artículo sobre este tema fue publicado en 1974. Es, en otros términos, el problema de la consulta terapéutica tal y como nosotros la hemos encarado, con Manzano sobre todo: las indicaciones y contraindicaciones.

El número de casos que constituyen una indicación para la intervención terapéutica breve es bastante limitado; no obstante nuestra reflexión sobre este tema nos ha permitido encarar otras alternativas. Tratando de separar los criterios que hacen que se considere que una intervención terapéutica breve baste o no baste, o que una psicoterapia a largo término esté indicada o contraindicada, llegamos a esbozar una especie de epistemología que nos permite comprender la elección de nuestra indicación terapéutica.

Si sobre la consulta terapéutica o sobre las intervenciones psicoterapéuticas breves o largas hay una literatura que, con Manzano y en otro trabajo de Manzano y Kramer, hemos revisado y discutido, no la hay, según nuestro conocimiento, sobre los criterios de indicación y contraindicación de este tipo de tratamiento. Como estos criterios constituyen la base de las diversas opciones psicoterapéuticas elegidas, no haremos una revisión de la literatura, pero sí una exposición de nuestros postulados de base:

En estas intervenciones terapéuticas breves, nosotros partimos del mismo postulado de base que B. Kramer, de la existencia de un *área de mutualidad psíquica* entre padre y niños pequeños. Esto reposa sobre un modelo que considera que el niño tiene necesidad de un proceso de desarrollo considerable para que su personalidad constituya un sistema relativamente cerrado. En el curso de este proceso el niño pequeño es permeable a las proyecciones, que juegan un papel altamente estructurante en el desarrollo y organización de su personalidad. Pero, a veces, la naturaleza y la rigidez de estas proyecciones corren el peligro de crear conflictos de esta organización, lo que da lugar a síntomas.

Prácticamente, esto quiere decir que, frente a todo niño que viene a la consulta, nosotros nos preguntamos qué aspectos de su patología son todavía reactivos a la problemática y a las proyecciones que sus padres hacen sobre él, y qué otros son ya organizados de manera propia. EL problema que este tipo de evaluación plantea es el de la patogenia del niño, es decir, determinar qué tipos de comportamientos, de proyecciones y de interacciones de padres frente al niño generan tal o cual patología en este último, y si es de naturaleza neurótica o psicótica, y de qué manera esto tiene lugar, problemas a los cuales todavía estamos muy lejos de poder dar respuestas definitivas.

La actitud proyectiva de los padres frente a sus hijos no es necesariamente patógena. Normalmente, los padres proyectan sobre sus hijos las diversas posibilidades narcisistas y objetales discutidas por Freud en «Introducción al narcisismo», proyecciones que se acompañan de identificaciones complementarias, a saber: proyección del niño amado que ellos han sido e identificación con él o los padres amorosos; proyección del, o de los, padres amados que ellos han tenido e identificación y reconocimiento del amor que han tenido a sus padres. Este tipo de proyecciones implica, la integración de la agresividad en la imagen de sí y de los padres con prevalencia del amor, que da la calidad de amada a la imagen del padre o de sí mismo en tanto que niño.

En el límite de la normalidad nos encontramos con una proyección sobre el niño del niño que se hubiera querido ser acompañada de identificación con los padres que se hubiera querido tener, o bien del padre que se hubiera querido tener, acompañada de identificación con el niño que se hubiera querido ser. En estos casos hay, por un lado, una tentativa de anulación retroactiva de la situación conflictiva vivida en el pasado en la perspectiva de vivir una relación fantasmática más o menos ideal. La tentativa de negación del conflicto del pasado con el propio padre y del pre-

sente con el niño, así como la exclusión de la agresividad en la relación con el niño, son fuentes de problemas en éste —en general, no demasiado graves (de tipo neurótico)—. La agresividad de éste último es poco reconocida y mal aceptada, y este tipo de relación padre-hijo tienen tendencia a engendrar en el niño una culpabilidad muy grande y conflictos con la afirmación del self vivido como agresividad (Winnicott).

En tercer lugar, está la proyección en el niño del padre que no se hubiera querido tener, con identificación con el niño maltratado que se sintió haber sido; y del niño que no se hubiera querido ser, acompañada de la identificación con el padre que no se hubiera querido maltratar. Esta forma está íntimamente ligada con la precedente, pero con la recuperación del conflicto vivido en el pasado sin la tentativa de anulación «prospectivo-retroactiva». Esta última también es fuente de conflictos importantes y más abiertos alrededor de los fantasmas de desvalorización del niño, o de la agresividad generalmente estimulada en él por la proyección de tipo pronóstico puesto que él es portador de aspectos malos de un padre o de sí en tanto que niño.

Finalmente, está la proyección en el niño de aspectos del niño detestado por los padres que se identifican con sus propios padres rechazantes o atacados. O también proyección de un padre o de una imago parental detestada con identificación con el niño atacado o atacante. Este tipo de proyecciones da lugar a una problemática más severa en el niño.

En nuestro trabajo con Manzano hemos llamado a las proyecciones del segundo y tercer tipo, *funcionamiento de padres de tipo neurótico,* y a las del cuarto tipo, *funcionamiento de padres de tipo psicótico.*

En el trabajo en psiquiatría infantil, esta clasificación elemental del funcionamiento de los padres permite hacer hipótesis sobre la naturaleza de la acción psicoterapéutica que se puede emprender en cada caso. A grosso modo, se puede decir que en el interior del funcionamiento neurótico de los padres se presentan los casos de indicaciones de intervenciones terapéuticas breves padres-hijos (consulta terapéutica), mientras que en el funcionamiento psicótico se encuentran las contraindicaciones para este tipo de intervenciones.

En lo que concierne al funcionamiento del niño, la clasificación es más difusa y clásica. Las intervenciones terapéuticas breves padres-hijos se encuentra en el interior de lo que se considera

como trastornos reactivos a la problemática de los padres y trastornos neuróticos en *status nascendi.* En el cuadro de las intervenciones terapéuticas breves padres-hijos, existen diversas posibilidades:

La actividad interpretativa se dirige ante todo a los padres, sobre todo a la madre; en el caso de que el niño tenga menos de tres años. Nosotros hemos descrito como indicación una constelación dinámica típica con sus formas clínicas diferentes.

La constelación dinámica típica está presente cuando el padre, y más frecuentemente la madre, no ha elaborado el duelo de una persona significativa, lo más a menudo uno de sus propios padres. El o los síntomas del niño pasan a ser el equivalente de un síntoma neurótico de la madre. A través de ellos, ella recupera mediante el niño el vínculo con el objeto perdido de su pasado, lo que le permite así evitar el duelo. Los aspectos más ambivalentes de la relación del padre con los objetos de su pasado modela los síntomas del niño; mientras que los aspectos libidinales, muy importantes en estos casos, van a manifestarse en la relación con el psiquiatra en lo que nosotros hemos llamado *pretransferencia positiva*. Esta pretransferencia constituye la base de la receptividad del padre a la interpretación de la dinámica citada más arriba, lo que facilita la recuperación del proceso de duelo. Esto libera al niño de la proyección conflictiva y permite la desaparición de los síntomas que estaban ligados a ella.

Para ejemplos detallados de esta problemática, ver nuestro artículo con Manzano. Resumiremos aquí muy sucintamente uno de estos ejemplos: la madre de un niño de dos años y medio viene a la consulta de lactantes, quejándose del carácter del niño, que ella describe como agresivo, colérico y exigente, por lo cual ella sufre mucho. Con la enfermera, comprobamos este tipo de comportamiento del niño frente a su madre. Cuando nos interesamos por la madre, ella nos habla, entre otras cosas, de su infancia, feliz hasta los quince años, momento en el cual sus padres se divorciaron. Desde entonces ella apenas ha vuelto a ver a su padre, al que ella adoraba a pesar de su carácter colérico y exigente. Cuando yo le señalo que ella sufre mucho por el carácter de su hijo, pero que, sin embargo, ello le permite reencontrar algo de su padre perdido, ella se muestra muy afectada y asiente secando sus lágrimas. Desde ese día, la relación de este niño con su madre ha cambiado profundamente, como lo confirma la enfermera.

La interpretación se dirige así a los padres en lo que nosotros hemos descrito como una subforma clínica de esta forma dinámica

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

típica. Es cuando los padres adoptan la actitud contraria y reactiva, frente a su hijo, de aquella que ellos han vivido por parte de sus propios padres frente a ellos mismos. Esta subforma se presenta fácilmente en tres supuestos problemáticos:

A) El padre tiene frente a su hijo una actitud contraria y reactiva a la de un padre que él ha vivido como severo, exigente, colérico y agresivo. Esto comporta una actitud hipertolerante y muy indulgente, a veces incluso sumisa. El niño tiene tendencia a hacerse exigente, incluso tiránico y colérico, adoptando así, frente a su propio padre, rasgos del padre de aquél. Por este procedimiento, a través del hijo, el padre recupera un vínculo con su propio padre (vínculo y repetición de tipo masoquista). En la mayor parte de estos casos la interpretación hecha al padre permite elaborar la identificación con un objeto parental hipertolerante más o menos idealizado, así como la proyección en su propio hijo del aspecto «niño-mimado» que él hubiera querido ser. Estos padres se han sentido avasallados por la severidad de sus propios padres, y es por ello que no pueden manifestar el menor rasgo de autoridad frente a sus hijos, por miedo a avasallarlos de la misma manera. A veces pueden reaccionar agresivamente hacia sus hijos, incluso violenta y brutalmente, pero por desesperación frente a la tiranía del niño, lo que no hace más que multiplicar su culpabilidad ya intensa.

El trabajo interpretativo ayuda al padre a vivir su agresividad frente al hijo de una manera mejor integrada bajo la forma de firmeza. Esto le permite salir del rol de padre idealizado, estrecho y represivo. El padre se siente autorizado para vivir sus propias necesidades y actividades con más independencia, pero sobre todo se siente autorizado para exigir que su hijo le respete.

Todo esto implica la necesidad de hacer el duelo idealizado al servicio del niño que él hubiera querido tener cuando él mismo era niño y asumir su propia agresión infantil y tiránica proyectada sobre su hijo, al cual él está a punto de someterse, identificado como está con el padre hipertolerante idealizado.

Las posibilidades de elaboración de este duelo por el padre van a depender de la intensidad de la agresión vivida, frente al propio padre y proyectada sobre el niño. Habitualmente esta agresión no es importante y el proceso se pone en marcha como en la forma típica tras la intervención breve (alrededor de tres sesiones).

B) La segunda problemática clínica se manifiesta a menudo por trastornos más o menos benignos de la alimentación, sobre todo por un rechazo de la comida y, a veces, por vómitos y cólicos

cuando se trata de recién nacidos. Se trata aquí de madres que han vivido más o menos privadas del interés y del afecto materno y que se identifican con esta madre indigna «que no da a su hijo todo lo que es preciso». Sus necesidades de reaseguramiento en cuanto a sus cualidades maternas las conducen a conductas alimentarias más o menos intrusivas frente a sus propios hijos, de los cuales ellas dicen a menudo: «no me come nada». El niño debe mostrar un apetito óptimo y constante y la menor fluctuación (a menudo durante una enfermedad del bebé) provoca un aumento de los comportamientos intrusivos y, por tanto, un rechazo de la alimentación por parte del niño; a veces este tipo de comportamiento intrusivo provoca también vómitos. De esta manera el niño se convierte para la madre en el portavoz de los reproches de ella frente a su propia madre.

Esta problemática es abordable y movilizable de manera breve, poniendo en evidencia, de entrada, el reaseguramiento del que el padre tiene necesidad, y esto a fin de poder probarse que él tiene frente a su hijo una actitud contraria y opuesta a aquélla de sus propios padres frente a él mismo. En un segundo tiempo, es preciso señalar que es el fracaso de esta tentativa, el responsable de la identificación con el padre indigno que sufre los reproches de la parte infantil proyectada sobre el hijo propio. Este aspecto corre el riesgo de necesitar a veces más tiempo para ser elaborado.

C) La tercera problemática clínica es aquélla donde el padre tiene una actitud contraria y reactiva a la de un padre vivido como abandonante y rechazante. Esto se acompaña de un comportamiento de hipersolicitud que crea dificultades en el niño, tales como, sobre todo, trastornos del sueño, pero también crisis de cólera y agresividad.

En estos casos la identificación del padre con una imagen parental muy afectuosa y sobre todo muy presente y disponible tiende a enmascarar un monto de agresión y de reivindicaciones afectivas más importantes que en el caso precedente y que es proyectado sobre el niño. La integración de esta agresividad por el padre es más difícil de realizar. Comporta intensos sentimientos depresivos ligados a temores del tipo de estropear, incluso matar, a su propio hijo. La mayor parte de estos casos exigen que la intervención breve prosiga durante una toma a cargo psicoterapéutica a largo término del padre para elaborar esta problemática. Cuando esto no es realizable, se puede hacer una forma de terapia de familia en la cual nos esforzamos para ayudar a asumir por el conjunto la firmeza necesaria para pemitir poner a raya la actitud tiránica del niño, fuente de los síntomas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Esta problemática está, por otra parte, próxima a otra que limita la indicación de este tipo de intervenciones breves, pues si la intervención terapéutica breve puede hacerse, su acción será limitada. En estos casos el padre proyecta sobre y reconoce en el niño al «niño difícil» que él se ha sentido para sus propios padres, mientras que él se identifica con «el padre maltratado». Haciendo esto él expía su culpabilidad infantil.

En estos casos, el reconocimiento de los sentimientos agresivos frente a los padres propios es consciente, pero estos sentimientos no son integrados porque son purgados de un modo masoquista mediante la sumisión a las exigencias del hijo. La intervención breve no produce aquí más que una mitigación de la sintomatología, la más frecuente trastornos del sueño, pero la caracteropatía masoquista necesita una psicoterapia a largo plazo del padre para elaborarlo.

Más tarde hablaremos de contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves en los padres. Ahora, veamos los casos de indicación de intervenciones en los padres, pero también de los niños cuando éstos últimos tienen más de dos años y medio o tres años.

La forma dinámica típica es aquella en que tanto el padre frente a su hijo como éste frente a su padre, viven una fantasmática edípica recíproca, *en espejo* se podría decir. En estos casos se interpreta al padre la proyección que él hace sobre el hijo de un objeto edípico de su pasado. Este objeto puede ser un objeto incestuoso, de rivalidad o bien un objeto superyoico.

La interpretación al padre ante el hijo permite a éste último tomar conciencia de la sobrecarga conflictiva que él mismo sufre por la proyección parental. Simultáneamente la interpretación al niño ante el padre permite a los dos tomar conciencia del conflicto que cada uno de ellos engendra en el otro y que se autoalimenta en un círculo vicioso. Ello permite al padre retomar por su propia cuenta la problemática edípica y elaborar el duelo de los objetos de su pasado. En cuanto al niño, puede reemprender el trabajo de elaboración de esta problemática, que es la propia de su edad sin que la sobrecarga de las proyecciones parentales le obligue a soluciones regresivas. En estos casos la posibilidad de que sea preciso continuar un trabajo a largo término queda muy abierta, ya sea con el niño o con el padre.

Ejemplo muy resumido: una niñita chilena de cuatro años cuya madre se queja de crisis de cólera, de lágrimas, de reproches hacia ella y de comportamientos regresivos. El padre no ha podido venir a Suiza por problemas de pasaporte. La madre está muy deprimida por estar separada de su marido, veinte años mayor que ella, al cual ella inviste como padre. Sobre todo, lo que hace sufrir a esta madre es que su hija la controla en sus relaciones con los hombres, preguntándole si ellos, estos hombres, van a dormir con ella. Cuando yo veo a la madre y a la hija, la niña se dirige a mí en francés, lengua que la madre apenas conoce, y termina por decir en buen español, desenvuelta y enseñándome sus braguitas: «¡ah!, qué bien se está aquí» la madre replica inmediatamente: «si ya vas a empezar, me voy y te dejo», y la niña hace en ese momento una crisis regresiva. En este momento yo he podido interpretar la actitud superyoica de la madre hacia la hija como la que la madre describe como propia de la hija frente a ella, expresándose en filigrana el Edipo invertido y homosexual en los celos de la una frente a las relaciones de la otra. Dos sesiones más tarde, las relaciones madre-hija habían cambiado profundamente.

Sin embargo, el niño crece, su organización psíquica va a modificar las indicaciones de este tipo de intevenciones terapéuticas breves. No basta que haya una organización neurótica en el niño sino que es preciso también que este tipo de organizaciones se ajuste al de los padres. Por ejemplo, cuando ambos, padre e hijo, tienen una organización obsesiva, está contraindicado practicar una intervención terapéutica breve, pues a menudo se provocan rápidos desbloqueos de la agresión en el niño que son muy mal tolerados por el padre. En otros trabajos hemos desarrollado anteriormente este punto de vista.

Hasta aquí hemos hablado de las indicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-hijos y de sus limitaciones debidas al funcionamiento neurótico de los padres.

Cuando nos encontramos en presencia de lo que hemos llamado un funcionamiento psicótico de los padres con proyecciones de naturaleza fuertemente persecutoria o idealizada sobre el hijo, está contraindicado elegir una aproximación breve de tipo interpretativo porque esto conduce a una ruptura por parte de los padres. Estos últimos no pueden hacer frente a la moción depresiva provocada por la interpretación, lo cual se manifiesta por *una pretransferencia negativa* y una actitud muy poco receptiva a toda aproximación interpretativa.

He aquí un ejemplo esquemático: Es un niño de diez meses que presenta vómitos y un rechazo a la alimentación que la madre

le fuerza a tomar de una manera que es muy penosa de ver. Esta madre había consultado a un gran número de pediatras, en busca de un trastorno físico en su hijo. Cuando nos habla de ella misma, se deja ver una muy gran culpabilidad frente a su hijo, que se percibe, por ejemplo, en sus dificultades durante el embarazo; culpabilidad de la cual ella no puede tener conciencia, pues la proyecta sobre el ginecólogo: «los tratamientos hacen a los bebés pequeños y malos comedores». En su pasado, aparece una madre que presentaba dificultades para comer, que le prestaba muy poca atención, puesto que tenía ocho hijos. Sin embargo, como ella dice, ella había aprendido a arreglárselas, haciéndose muy ávida y bulímica, lo que dio por resultado una obesidad de la que se queja. Sin embargo, ella negaba los aspectos de ella misma de ser un bebé deprivado y paranoide y hacía vivir esto mismo actualmente a su hijo con su actitud intrusiva. Toda tentativa de aproximación a las vivencias de su pasado con sus dificultades de niña eran vividas con desconfianza, despertando en nosotros fantasmas de «forzarla a comer» como ella hacía con su propio hijo.

En estos casos se ofrecen tres alternativas cuando el niño tiene más de dos años y medio y presenta una problemática no demasiado importante. Se puede hacer una forma de psicoterapia breve del niño únicamente, pero en presencia del padre; así se puede llevar a cabo una acción de tipo interpretativo sobre el niño y de tipo pedagógico sobre el padre, con el fin de que ésta tenga la posibilidad de comprender la naturaleza de la problemática del niño. Si esta actividad provoca un estado de crisis o una conciencia mórbida, se puede entonces instaurar una psicoterapia a largo término del padre.

Cuando el niño es más pequeño, o bien es más perturbado, podemos hacer comentarios sobre su funcionamiento, sobre todo sobre sus necesidades, buscando tener una acción pedagógica sobre los padres, pero más a menudo sobre la madre. Ello tiene como fin la posibilidad de mostrar, y si es posible corregir, la visión proyectiva que la madre tiene del niño, o al menos, ponerla en cuestión, pero sin impedirle que integre estas proyecciones como está implícito cuando lo que se hace es interpretar. Progresivamente se puede llegar a la conclusión de indicar una psicoterapia de la madre en presencia del niño apoyándose sobre las interacciones reales con el niño para comprenderlas a la luz del pasado materno. Como en toda psicoterapia, la transferencia va a surgir como resistencia si no se analiza. En estos casos nos veremos obligados a trabajar, sobre todo, con la transferencia de la madre. Cuando la transferencia del niño entra también en funcionamiento, las transferencias cruzadas son generalmente muy difíciles de manejar y éste es

uno de los grandes obstáculos de las terapias llamadas de la relación madre-hijo.

La tercera alternativa a la que recurrimos muy a menudo es la terapia de familia. La asociación del otro padre, de su visión del niño, nos permite modificar la del padre que proyecta muy masivamente sobre el niño. En estos casos, las técnicas terapéuticas surgidas de las teorías sistémicas de la terapia de familia se revelan muy útiles. Por ejemplo, la connotación positiva permite poner en evidencia aspectos libidinales de la relación con el niño allí donde predominan proyecciones agresivas. O también la paradoja que a menudo fuerza al padre a vivir los aspectos agresivos de su vínculo con el niño. Por otra parte esta es una manera de forzar la reintroyección de estos fantasmas agresivos previamente proyectados sin que ello se acompañe de una toma de conciencia, toma de conciencia que será evitada, sobre todo, al principio.

Para concluir, vamos a comentar el problema planteado por las terapias de tipo sistémico, que es el de la *generalización* de este tipo de abordaje. Un niño casi nunca se presenta aislado, casi siempre forma parte de una familia. A partir de este hecho dado se puede considerar que todo lo que vive el niño y en particular todo aquello que es fuente de conflictos, está en relación con la organización familiar. Esto es verdad y, sin embargo, no es necesariamente cierto que de este modo se vaya a tener la acción terapéutica más eficaz, más económica y aquella que tendrá mayor importancia preventiva reuniendo a toda la familia y examinando sus interacciones. Revisando la evolución que han tenido tratamientos de tipo sistémico en familias que vienen a consultar por niños muy pequeños, constatamos que a pesar de la evolución de las relaciones familiares, la patología del niño no ha cambiado mucho, según nuestro criterio. Ello es debido al hecho de que la organización psíquica del niño no ha sido modificada apenas.

Sin querer entrar en polémica, querría subrayar la diferencia de punto de vista que hace que para nosotros la terapia familiar tenga sus indicaciones precisas dentro de la panoplia de posibilidades de intervención psicoterapéutica.

BIBLIOGRAFIA:

Bentovim, A. y Kinston, W. (1978): *Brief focal family therapy when the child is the referred patient.* I. Clinical. J. Child Psychol and Psych., 19· 1-12.

Cramer, B. (1974): *Interventions thérapeutiques bréves parents et enfants.* Psichiatr. Enfant, 17/1: 53-117.

Cramer, B., Palacio Espasa, F.; Dufour, R.; Knauer, D. y Gottardi, P. Y.

(1983): *36 encopréticos en terapia.* Psichiatr. Enfant, 26,2: 309-410.
Diatkine, R.: *Comentario personal en Génova.* No publicado.
Guilliéron, E. (1973): *Psicoterapias breves de inspiración psicoanalítica.* Enciclopedia Med. Chir. Paris 37812.L.10-2.
Kinston, W. y Bentovin, W. (1978): *Brief focal family therapy when the child is the referred patient.* II Pathology and results. J. Child Psychol. and Psych., 19: 119-143.
Klein, M. (1940): *El duelo y sus relaciones con los estados maníaco-depresivos,* en: Ensayos de Psicología. Payot, París, 1972.
Meltzer, D. (1967): *Los procesos analíticos,* París, Payot, 1971.
Manzano, J.; Palacio Espasa, F. y Knauer, D.: *Los problemas en las intervenciones terapéuticas en psiquiatría del lactante.* Presentado en el Segundo congreso mundial de psiquiatría del lactante en Cannes, marzo de 1983 (próxima aparición).
Palacio Espasa, F.: *Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves de los niños en edad de preescola y de sus padres,* (estudio clínico realizado sobre 65 casos) (proxima aparicióN en «Neuropsiquiatría del Niño y del Adolescente»).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

INDICACIONES Y LIMITES DE LA PSICOTERAPIA EN LA EDAD DE LATENCIA

Por Pierrette LAVANCHY*

1.— *INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES en PSICOTERAPIA.*

«Indicaciones» y «Contraindicaciones» son términos propios del lenguaje médico. Estos términos tienen una connotación imperativa: se habla de *indicación* cuando se estima que una intervención es necesaria en una situación dada, y de *contraindicación* cuando se estima que una intervención es perjudicial y debe ser evitada

En psicoterapia, ¿es posible hablar de imperativo de tratamiento?, ¿existen situaciones en las cuales la intervención psicoterapéutica sería perniciosa? Intuitivamente yo me vería tentada a decir que no hay contraindicaciones a la psicoterapia, lo que viene a ser, que la psicoterapia no hace mal a nadie. Paralelamente, por más que haya situaciones en las cuales yo aconsejaría firmemente una psicoterapia me parece igualmente difícil pretender que una psicoterapia pueda imponerse a no importa qué precio y sean cuales sean las condiciones de la familia. Examinemos más atentamente las posiciones que se pueden tener sobre esta cuestión y cuál es su fundamento.

A mi modo de ver, las posiciones que es posible asumir respecto a la cuestión de las indicaciones y de las contraindicaciones en psicoterapia dependen de la respuesta de dos preguntas fundamentales. Primero ¿de qué psicoterapia hablamos?. Después, ¿cuál es la función que le asignamos a la psicoterapia?. Tomemos como ejemplo las psicoterapias de orientación analítica (que ciertos autores distinguen del análisis de niños «propiamente dicho», mientras que otros asimilan ambas formas de tratamiento). Si bien el psicoanálisis reconoce la existencia de un continuum de formas de organización mental, que van desde la psicosis hasta la normalidad,

* *Psicoanalista de niños. Miembro asociado de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis. Dirección: Via Monte di Pietà, 9, 20121 MILAN.*

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

también es cierto que ha elaborado categorías diagnósticas y se sitúa, en consecuencia, dentro de una óptica de tipo médico. Si bien es cierto que sus hipótesis son relacionales y no biológicas; pero las fichas clínicas de la Hampstead Clinic están basadas sobre criterios de desarrollo, que fijan inevitablemente lo que entra en los límites entre el buen funcionamiento y lo que deber ser considerado como una disfunción o un desequilibrio. Una vez admitida la lógica del diagnóstico, la noción de indicación cae de su peso: la intervención se impone para reducir o corregir las disfunciones o los desequilibrios. ¿Pero qué intervención?. En el terreno de la terapia, la técnica del terapeuta se basa sobre la interpretación de los fantasmas inconscientes que conciernen particularmente a las relaciones del niño con las personas significativas de su entorno, lo que comprende naturalmente su relación con el terapéuta. De cualquier manera que queramos considerar el fundamento de la interpretación (desde un punto de vista positivista o desde un punto de vista hermenéutico) es preciso reconocer que el hecho mismo de interpretar implica por parte del terapéuta un proyecto de cambio: cambio de la significación de las relaciones del paciente con el otro, cambio de estas relaciones mismas, y consecuentemente, modificación del equilibrio de instancias psíquicas (yo, super-yo) que seguirán las nuevas identificaciones que derivan de las nuevas relaciones. Se trata, por lo tanto, de una forma de terapia basada sobre un proyecto de conocimiento: en la cual el terapéuta se propone a sí mismo como aquél que puede ayudar al paciente (adulto o niño) a descubrir el sentido escondido de sus pensamientos y de sus emociones, como una condición necesaria para obtener una modificación de su estado. Este proyecto de conocimiento comporta, evidentemente, un trabajo emocional e intelectual para el cual no todos los niños están preparados. Los límites emocionales o intelectuales del niño pueden, por lo tanto, constituir una contraindicación para esta forma de psicoterapia. En resumen, prodríamos decir que todo descubrimiento de un trastorno del desarrollo psicoafectivo plantea una indicación potencial de principio; la cual puede convertirse en actual o pragmática en el momento en que la evaluación de las capacidades del niño y de sus condiciones de existencia permitan afirmar que una terapia es posible, que existen los medios para realizarla y que no hay ninguna otra solución que ofrezca una alternativa aceptable.

El discurso cambia si, en lugar de considerar la terapia del niño bajo el ángulo del conocimiento, se decide considerarla como una experiencia relacional privilegiada, basada sobre una modalidad de diálogo que hay que encontrar y adaptar a las necesidades de cada situación particular. Para ilustrar la perspectiva a la que me refiero, querría evocar en unas pocas líneas una experiencia tera-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

péutica de hace bastantes años con una niña de 6 años que llamaré Brigitte. Desde el comienzo de su escolaridad, Brigitte había manifestado en clase una actitud que había inquietado a los maestros y sobre todo a los padres: permanecía inmóvil y muda, aparentemente paralizada de terror, sin hacer nada, y sin contacto alguno con los otros niños. Yo había comenzado sin esperar un momento una psicoterapia, concebida en una perspectiva típicamente psicoanalítica, como un cuadro en el cual Brigitte podría expresar, mediante sus palabras y sus juegos, configuraciones relacionales. A partir de lo que ella me diría, yo pensaba poder llegar al origen de su problema, verbalizarle lo que yo comprendía y obtener, por medio de mis interpretaciones, la resolución de los conflictos que yo suponía se encontraban en la base de su sintomatología.

Este proyecto implicaba que yo permanecería relativamente neutral, según un esquema de interacción psicoanalítica clásica en el cual el paciente comunica y se expone mientras que el analista se contenta con observar y comentar. Pero Brigitte no lo entendía de esta forma e intentaba continuamente romper el esquema invitándome a participar en sus juegos y oponiéndose a mis comentarios con un silencio indiferente u hostil. Yo intentaba mantenerme paciente, persuadida como estaba de la importancia de conservar incontaminado mi papel de intérprete. Pero Brigitte comenzaba a estar cada vez más descontenta, incluso de mí.

El primer paso para salir de esta dificultad fue una observación, a decir verdad bastante elemental para quien esté dispuesto a hacerlo. Yo me di cuenta de una correlación recurrente entre dos elementos de la situación: mi descontento y la conflictiva entre Brigitte y yo durante las sesiones. Cuando yo atendía a Brigitte con una sonrisa, todo iba bastante bien: la tensión unida a nuestras dos concepciones diferentes de la interacción estaba presente, pero era tolerada por ambas partes. Cuando, por el contrario, yo la saludaba de una manera formal, sin calidez, ella se mostraba rápidamente impaciente y tensa, trataba de hacer cosas defensivas, solicitaba juguetes que no había, y la sesión acababa en un clima hostil. El segundo paso, que siguió a esta observación, fue interrogarme sobre el sentido que la terapia podía tener, no para mí, —yo creía saberlo— sino para Brigitte. Era evidente que se trataba de una pregunta sin respuesta. Pero creo que era importante que yo me la planteara y que intentara imaginar lo que yo habría experimentado, yo misma, en el lugar de Brigitte. Extrapolando a Brigitte el resultado de mis reflexiones, llegué a la siguiente formulación: «quizá esta niña no viene para resolver conmigo sus problemas; más bien ella viene por mí, para estar conmigo con los problemas que ella tiene». Esta hipótesis condujo a centrar la atención sobre la relación

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

entre Brigitte y yo y a plantearme una nueva pregunta (la única a la que yo podía verdaderamente responder), esta vez sobre la forma en que yo me encontraba, yo misma, en la relación con Brigitte. y la respuesta que me di me permitió invertir poco a poco el orden de importancia de los elementos en juego y a intentar ante todo una modalidad de diálogo, una forma de comunicación que conviniera tanto a la niña como a mí. Esta modalidad la encontramos de una manera particularmente ajustada en el juego de roles, que permitía conciliar la necesidad de Brigitte de implicarme en sus juegos y mi necesidad de permanecer en una posición relativamente protegida. Naturalmente que hay otras modalidades que pueden revelarse como más adecuadas en otros niños o en otro momento de la terapia con el mismo niño.

Si se aborda la terapia desde esta perspectiva, la función del terapéuta cambia considerablemente de sentido. Su papel de intérprete en el sentido clásico, orientado a comprender las problemáticas del niño, y a crear ocasiones de insight, cede su lugar a una función de pareja de diálogo, a disposición del niño durante un tiempo dado cuya tarea principal consiste en buscar y ejercer los modos de conversación e interacción más satisfactorios posi- (desde el momento en que es el único que puede conocerlo). Si se admiten estas premisas, la cuestión de las indicaciones y contraindicaciones se presenta de una manera muy diferente.

En efecto, si uno se coloca en el punto de vista del niño, parece que el número de indicaciones aumenta de manera ilimitada y que, inversamente, el número de contraindicaciones tiende a cero. No hay en principio ningún niño que no pueda extraer algún beneficio de un encuentro con un adulto, si este encuentro es feliz y tiene éxito. ¿Entonces, deberíamos ofrecer una psicoterapia a todos los niños, o al menos a todos los niños que nos la pidan? probablemente no, no solamente por razones prácticas y materiales, sino también en virtud de la lógica misma de la perspectiva adoptada: la conversación no puede ser feliz, el encuentro no puede tener éxito más que desde el punto de vista del terapéuta; es lo que acabamos de ver. Lo que sucede es que las indicaciones y las contraindicaciones deben ser evaluadas desde el punto de vista del terapeuta y no desde el punto de vista del niño. Los criterios de la empresa psicoterapéutica no tienen relación con el niño, sobre todo el diagnóstico de sus trastornos, sino que están ligados a factores contextuales que comprenden, por una parte, los datos del contexto del niño tal como ellos se presentan a la apreciación del terapéuta, de otra, los datos del contexto terapéutico, que comprenden aspectos objetivos como las condiciones de trabajo del terapéuta y aspectos subjetivos, como son los límites de su disponibilidad personal hacia ese niño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Se puede hacer este mismo razonamiento en lo que concierne a los límites de la psicoterapia. Si nos referimos a un modelo de psicoterapia ligado a la noción de cura de una enfermedad o de una disfunción, los límites de su eficacia sólo pueden ser evaluados a posteriori, solapando el resultado obtenido con el efecto que nos proponíamos alcanzar. Si por el contrario, nos situamos en la perspectiva de realizar con el niño una buena conversación, una conversación feliz, entonces los límites de la psicoterapia no pueden ser dados por una evaluación catamnéstica, porque son inmanentes a la relación terapéutica. La noción de límite se confunde entonces con la noción de dificultad.

2.— LAS DIFICULTADES DE LA PSICOTERAPIA EN LA EDAD DE LATENCIA.

No me detendré mucho sobre los aspectos prácticos, económicos, culturales y sociales que pueden constituir obstáculos a la iniciativa de una psicoterapia; ni tampoco sobre los problemas que se derivan de la actitud de los padres, que tienen su peso sobre la decisión inicial del terapeuta y condicionan a menudo el desarrollo de la cura una vez comenzada. Estas son cuestiones a la vez conocidas y complejas, que me parece difícil tratar en ausencia de ejemplos clínicos. Querría más bien concentrarme sobre las dificultades intrínsecas de la psicoterapia, o si se quiere, sobre los límites inmanentes de la situación terapéutica con el niño llamado «en latencia»: situación característicamente tripolar, no bipolar, puesto que incluye la presencia del terapeuta, el niño y de los padres. Y, naturalmente, presentaré estas dificultades tal como se le aparecen al terapéuta, es decir, desde el punto de vista del terapéuta.

Se pueden considerar estas dificultades bajo tres aspectos principales:

a) *Los aspectos sociológicos,* sean generales, es decir, los que conciernen a las relaciones entre la clase «niños» y la clase «adultos», sean específicos a la situación de la cura entre terapéuta adulto y paciente niño.

b) *Los aspectos psicosociológicos,* que tienen que ver con la diferencia entre los modelos utilizados respectivamente por el terapéuta y por el niño para representarse la situación terapéutica.

c) *Los aspectos psicológicos,* es decir, los factores individuales, afectivos o instrumentales que dificultan la comunicación creando tensiones e incomprensiones entre el terapeuta y el niño.

a) *Los aspectos sociológicos.*— Las relaciones entre niños y adultos considerados en tanto que clases son verdaderamente complejas. Las actitudes protectoras hacia los niños que caracterizan a nuestra sociedad contemporánea no disimulan más que a medias la tensión existente. Incluso se podría decir que la situación entre adultos y niños es la de una lucha de clases. Pero se trataría de una variedad particular de la lucha de clases, en la que la clase dominante (la de los adultos) no solamente sabe que será suplantada por la clase subalterna (la de los niños), sino que además hace lo posible para favorecer el éxito de la clase subalterna a sus propias expensas (la provee de los medios de instrucción, la educación, etc. necesarios para este fin). Desde luego no es extraño que se encuentren tantas expresiones de rechazo al niño, no solamente bajo la forma de violencia y brutalidad manifiestas, sino también bajo la forma más sutil de las imágenes negativas del niño turbulento, rebelde, desordenado, y dañino en todos los aspectos. Los ejemplos son numerosos y de vieja data. Por ejemplo, en los edictos milaneses del siglo XV, se ordena a los habitantes encerrar en la casa a sus hijos, bajo el pretexto de que transmiten la peste con sus juegos y sus luchas en la calle. Más próximo a nosotros, en la interpretación psicoanalítica de los sueños, los insectos, la carcoma y los animalitos nocivos son reputados de simbolizar a los niños.

En la situación específica de la cura, la ambivalencia hacia los niños es un dato constante, que se revela en nuestras preocupaciones por el mobiliario, por el material, por nuestros hábitos de trabajo y nuestra autoridad, amenazados por el niño indisciplinado o «provocador». En otros términos, el niño, en la situación terapéutica está privado de autoridad; pues, sin embargo, ejercer un poder, en la medida en que puede contestar la autoridad del terapeuta. En comparación con el adulto, la situación del niño en terapia es mucho más compleja. A diferencia del adulto, el niño, inicialmente al menos no es un «cliente» del terapeuta sino un «paciente». Utilizo aquí el término de cliente para designar al que demanda la consulta. El adulto, en tanto que es cliente, conoce la autoridad del terapeuta y acepta implícitamente las reglas de trabajo enunciadas por el terapeuta. Si trata de sustraerse de estas reglas se le puede recordar que ha entrado en terapia por su gusto y con conocimiento de causa. El niño, por el contrario, está privado del poder de decisión en lo que concierne a la terapia. No es más que el paciente del terapeuta; el verdadero cliente son sus padres, que tienen autoridad sobre él. Así, el niño se encuentra en una posición de doble inferioridad, puesto que no solamente está sometido, en tanto que niño, a la autoridad del adulto, sino que también está en minoría con referencia a un binomio de autoridad que comprende, por una parte, al terapeuta y, por otra parte, a los padres.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Esta inferioridad tiene implicaciones diferentes según la edad del niño. El niño de edad preescolar es susceptible de considerar la imposición de los padres como un hecho natural, si bien puede forcejear y oponerse; por su parte el terapeuta es susceptible de aceptar sus manifestaciones de oposición, de rechazo, de intolerancia a la autoridad o simplemente su incapacidad para respetar las reglas del juego, como fenómenos naturales, en línea con el desarrollo de la sociabilidad a esa edad. Es decir, que el terapeuta es suceptible de reaccionar a estar manifestaciones sin acritud, independientemente de la manera en que responda concretamente. Por el contrario, con el niño en edad escolar, las actitudes recíprocas son un poco diferentes. Por parte del niño, el reconocimiento de la autoridad de los adultos tiene otra calidad; es a la vez más personal y menos automática, está basada sobre una adhesión más activa y, por lo menos en parte, racional. Esto es verdad particularmente y en el caso del niño en edad de latencia, en sentido estricto, psicoanalítico del término, es decir, como sentido de una fase en la que, tras la constitución del super-yo por la identificación con la autoridad de sus padres, el yo del niño se refuerza desarrollando sus instrumentos intelectuales, sus barreras éticas y estéticas y sus capacidades de socialización. En una organización de este tipo, la propuesta de una terapia, cuya motivación en este período suele ser a menudo dificultad en el ejercicio de las capacidades instrumentales y sociales, puede ser acogida, por una parte, como una ayuda bienvenida y por otra parte, como un peligro de ver caer las barreras tan penosamente erigidas y de quedar expuestos a vivir emociones trastornantes. En otros términos, la terapia puede aparecer como una amenaza, la de ser cogido o vuelto a coger entre las rejas del adulto y ulteriormente segregado de la sociedad de los otros niños «sin problema». Pero la «latencia verdadera» es una entidad discutida, y yo prefiero limitarme a hablar del niño «en edad escolar». El cual, en la mayor parte de los casos felizmente, dispone de un fondo de confianza que le permite aceptar la imposición de la terapia como un aporte potencialmente benéfico. Hay otros casos, sin embargo, en los que la intolerancia a la constricción tiene raíces particularmente profundas y el niño no encuentra otra salida que manifestar su oposición, bien sea por un rechazo directo, relativamente raro, o bien por tentativas más o menos encubiertas de sabotaje. En cuanto al terapeuta, parece que a menudo le sea más difícil, en relación hacia el niño en edad preescolar, tolerar las manifestaciones de rechazo de un niño en edad escolar, como si el respeto a las reglas de los adultos y la aceptación de sus valores por parte de tal niño fueran un hecho natural. Pero sobretodo, el terapeuta a menudo parece tener dificultades para comprender que el niño no se someta espontáneamente, o en todo caso no necesariamente, a la motivación por la cual sus padres han

pedido al terapéuta que se ocupe de él. Es bastante frecuente constatar por parte de los terapeutas, una confusión entre el problema de los padres y el problema de los niños, que pueden ser de muy distinta naturaleza. Por ejemplo, cuando el problema de los padres está ligado a la presencia de un síntoma del niño, síntoma que para el niño puede ser solamente el efecto (o la tentativa de solución) de un problema evolutivo. El problema del niño podrá emerger en el momento en que a su vez esté preparado para presentarse como cliente del terapeuta, a condición naturalmente, de que el terapeuta le ofrezca la ocasión y la ayuda para expresar sus propias necesidades y sus propios deseos. Esto sólo es posible cuando el terapeuta no está demasiado rigidamente ligado a su clase de pertenencia (que es también la de los padres) y si acepta tener en cuenta la posición minoritaria del niño, tratando de mantener un difícil equilibro entre dos exigencias éticas igualmente potentes: la de reconocer al niño su dignidad de interlocutor y la de no alienar su propio derecho a proponerse como interlocutor del niño.

b) Los aspectos psicosociológicos.

Se puede decir que la situación psicoterapéutica, la terapia, tiene tres sentidos diferentes: para el niño, para los padres y para el terapeuta. El sentido que tiene para cada uno de estos tres miembros del conjunto es función de su expectativa con relación a los otros dos miembros. Esta expectativa depende en gran parte de la manera como cada cual ha vivido su propia infancia, es decir, de un factor psicológico individual. Pero también depende de factores que yo llamaría psicosociológicos. Se trata de modelos construidos sobre la base de la experiencia social y remodelados por las exigencias y los deseos personales, de los que cada uno de los tres miembros dispone para representarse el encuentro terapéutico. Estos modelos suelen ser generalmente claros y codificados para el terapeuta; pero lo son menos para los padres y menos todavía para el niño.

Ocupémonos brevemente de los modelos que el niño tiene a su disposición para representarse la terapia y, por tanto, atribuirle un sentido. El niño en edad escolar tiene un experiencia relacional restringida, pero, sin embargo, posee algunos modelos de relaciones sociales, en el sentido de relaciones extrafamiliares: el modelo escolar, que puede conducirle a asimilar la sesión a una clase; el modelo médico, que convertiría la sesión en algo parecido a una consulta médica, y, en fin, el modelo religioso, que la haría asimilable a una confesión. Ninguno de estos modelos es susceptible de ofrecerle una idea demasiado atractiva del encuentro con el te-

rapeuta, puesto que según el modelo escolar, el motivo de la consulta está asociado a un mal rendimiento, según el modelo médico, a un mal funcionamiento y, según el modelo religioso, a un pecado.

Pero existe una situación que podría servir de modelo para la terapia y que permitiría al niño convertir la sesión en un encuentro feliz, basado sobre la confianza. Se trata de los momentos de intimidad y de comprensión que los niños tienen de vez en cuando con su padre o con su madre o con otros padres. En estos momentos, el niño puede tener el sentimiento de que sus necesidades son bien acogidas, al menos en cuanto a su expresión. Pero puesto que se trata de un modelo privado, microsocial, puede hacerse inoperante puesto que la consulta es vivida como un acontecimiento social, en el sentido de «extrafamiliar». En el niño en edad preescolar el modelo familiar es probablemente el predominante y el niño tiende a tratar al terapeuta como un miembro de su familia. En el período escolar, la diferencia de los contextos sociales ya está presente, pero estos contextos son aprendidos de una manera sincrética, de tal manera que el modelo permanece atribuido a su contexto de origen. Un adulto está en condiciones de extrapolar de una situación sus características relacionales, de considerarlas como elementos combinables y de concebir una situación social con una persona de un rol superior al suyo que no sea necesariamente persecutorio o mágico. El niño en latencia, por el contrario, en tanto que ve en el terapeuta al «doctor», es decir, en tanto que reconoce el papel social del terapeuta, no piensa, o lo hace muy difícilmente, en «confiarse a él»; por el contrario, desde el momento que se instala la confianza, el niño tiende a hacer salir al terapeuta de su papel profesional, implicándole en sus juegos, buscando el contacto físico, etc. En resumen los modelos que resultan adecuados bajo el perfil social no lo son bajo el perfil cualitativo, y viceversa. La dificultad que resulta de todo ello para el terapeuta es fácil.de imaginar: en presencia de un interlocutor que no reconoce su papel profesional, o que le comprende a su manera, el terapeuta se ve privado de protección y tentado a reaccionar según una de dos modalidades alternativas: o bien, defendiendo su rol (interpretando, por ejemplo, como una proyección del paciente lo que le aparece como una distorsión de su imagen), o bien abandonando su papel (poniendo en duda su propia concepción de su trabajo). Lo que equivale, o bien a consolidar sus barricadas, con el peligro de sentirse en estado de sitio, o bien a suprimirlas, quedando así expuesto al niño, sin ni siquiera la protección del dispositivo diván-sillón, tan útiles con los adultos.

c) Los aspectos psicológicos

Llego ahora al aspecto psicológico de los problemas que crean dificultades o plantean problemas en la terapia de niños en edad escolar. Estos aspectos psicológicos pueden ser subdivididos en ***aspectos afectivos*** y ***aspectos instrumentales.*** Lo que llamó aquí los aspectos afectivos son todos aquellos elementos de la experiencia relacional de un niño que concurren para perturbar su relación con este terapeuta, y todos los elementos de la experiencia de un terapeuta que concurren a perturbar su relación con este niño... Lo que llamo los aspectos instrumentales son todas aquellas características del pensamiento o del lenguaje de un niño que le hacen difícil jugar el juego del terapeuta, y todos los aspectos del pensamiento del terapeuta que le impiden comprender las dificultades de expresión del niño y adaptarse a ellas. Querría abordar estos dos aspectos discutiendo dos situaciones concretas.

La primera situación es la de Martino, un niño de 7 años, que me fue enviado porque hablaba de tirarse por la ventana y jugaba peligrosamente con cerillas, además de que tenía dificultades caracteriales, ponía a prueba la paciencia de sus padres. La indicación fue planteada por una colega que me dirigió al niño después de haber sondeado mi disponibilidad; es decir que yo acepté tratar al niño antes de conocerle (procedimiento discutible; pero a veces inevitable si no se quiere exponer al niño y a su familia a peregrinaciones decepcionantes de un terapeuta a otro). En el momento de la primera entrevista, yo me di cuenta de una dificultad inesperada con Martino del cual todo el mundo me había dicho que el estaba de acuerdo.

La dificultad era la siguiente: Martino, desde su llegada a mi consulta, exhibió un aire exasperado y extremadamente aburrido, respondió de muy mala gana a mis preguntas y naturalmente no dijo nada espontáneo. conseguí obtener de él que se describiera: «un poco educado, un poco impertinente» fue la respuesta. Admitió, lo que su gesto parecía significar, es decir, que estaba descontento. Al final me comunicó que ya había visto a una doctora y que a él no le gustaban las doctoras. En la segunda entrevista, estuvo todavía más lacónico y se sumió en la lectura de un tebeo. Yo me sorprendí pensando: «es completamente idiota estar aquí los dos obligados a sufrir, él por mi culpa, y yo por culpa de sus padres».

Esta reflexión me hizo aparecer la situación como menos dramática y me ayudó a formular los términos del acuerdo que le propuse a Martino en la entrevista siguiente: pudiera ser que él no tu-

viera ganas de utilizar la situación para hablar conmigo de sus asuntos; pero él estaba en cualquier caso obligado a quedarse, y yo con él; entonces para no aburrirnos, podríamos intentar estar juntos lo menos mal posible. Aparentemente aceptó mi proposición pero continuó acorazándose detrás de su tebeo. Entonces, tras de una madura reflexión, yo decidí imitarlo. Tomé un libro y comencé a leer yo también. Muy pronto levantó los ojos de su tebeo y comenzó a mostrar signos de vergüenza. Entonces, propuse que dejáramos de lado nuestras lecturas, lo que él aceptó. A partir de aquí, empezó una relación terapéutica interesante y conmovedora, que iba a durar más de cinco años.

El motivo de la hostilidad inicial de Martino pertenece a la clase de los factores psicológicos individuales que constituyen un obstáculo para la terapia. El poner en evidencia estos factores es uno de los elementos fundamentales de las terapias interpretativas, basadas sobre un proyecto de conocimientos. En las primeras entrevistas con Martino, cuando yo todavía creía poder seguir la vía tradicional, la búsqueda de razones de su actitud fue mi principal preocupación. Esta hostilidad ¿fue provocada por cuestiones de torpeza por mi parte? o bien ¿ya preexistía?, mi primera hipótesis era que Martino hubiera preferido continuar yendo a la otra doctora y que él estaba decepcionado a causa de su «abandono» y de encontrarme a mí en su lugar; otra hipótesis es que él consideraba la terapia como consecuencia de su «maldad»: en efecto, a mí me llamó la atención su manera de definirse en términos normativos cuando yo esperaba de él un autorretrato en términos descriptivos. En fin, si considero que la situación comenzó a resolverse en el momento en que yo me coloqué en el mismo plano que él, puedo hacer una tercera hipótesis: Martino no soportaba la asimetría de nuestras posiciones respectivas y, más específicamente, que no aceptaba (¡y con razón!) su estatuto de «paciente» sin constituirse al mismo tiempo en «cliente». Pero, verdaderamente ¿podría decirse que no era mi cliente? ¿es que sólo hay una manera de ser cliente?

Pasemos a la segunda situación. Se trata de un diálogo muy breve entre una niña de 7 años, Concetta, que tiene graves problemas escolares, tanto en el terreno de las adquisiciones como en el terreno de la socialización, y su terapeuta. La niña toma un caballito en el material de juego y dice: «el caballo quiere venir a casa de la doctora». Mi colega responde: ah sí, y ¿por qué quiere venir?, yo estoy muy contenta de que quiera venir, pero, para qué quiere venir?» Concetta no responde, cambia de juego y un poco más tarde, reemprende el mismo tema con otro animal. Esta vez el terapeuta responde de diferente manera, diciendo: «si quiere venir es que se encuentra bien aquí; si no fuera así, no querría venir».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

El trabajo psicoanalítico consistiría en elucidar las necesidades y los conflictos emocionales implicados en esta interacción. Evidentemente, aquí los datos a disposición dicen más de la terapeuta que del niño; pueden servirnos sobre todo para comprender lo que la terapeuta piensa del niño; tomemos la frase de la terapeuta: «por supuesto yo estoy muy contenta». Esta frase da la impresión de ser un corrección de su pregunta precedente «¿y por qué quiere venir?» que constituía, se ve muy fácilmente, una manera de poner distancia a la pequeña interlocutora mediante la persona interpuesta del caballo. La terapeuta sin duda debió darse cuenta de que corría peligro de frustar a la niña y juzgó conveniente asegurarla haciéndole entender que su disponibilidad era incondicional e independiente de la respuesta a su pregunta. La reacción de la niña, bastante inespecífica (ausencia de respuesta, cambio de juego) no permite excluir el hecho de que ella pueda haberse sentido frustrada a pesar de todo. De todos modos, la hipótesis de la terapeuta sobre la niña tal como podemos inferirla de su comportamiento parece ser la siguiente: esta niña es demasiado sensible a un rechazo, o demasiado necesitada de afecto, para soportar una investigación de los motivos de sus deseos. Rechaza las preguntas, porque siente que las preguntas la rechazan a ella. Por extrapolación se puede pensar que las dificultades escolares de Concetta son la expresión del mismo rechazo en la esfera cognitiva, sinónimo para ella de frustración afectiva.

3.— SENTIDO E IMPLICACIONES DE LAS RESPUESTAS DEL TERAPEUTA.

Estas dos situaciones nos sirven para ilustrar el problema central de la terapia del niño, que podría titularse: «¿Qué juego vamos a jugar? ¿el del terapeuta o el del niño?». O bien, «¿Es posible encontrar un juego común que convenga a ambos?». Con los adultos, en nuestra cultura, el juego que generalmente se impone es el de el terapeuta, el juego de la exploración de la mente y de la búsqueda del sentido. Pero, es un hecho bien conocido que los niños en edad escolar se presentan generalmente de manera diferente y no le ofrecen voluntariamente al terapeuta sus relatos y sus reflexiones para someterlos a sus interpretaciones. Pero es un hecho bastante más explicado y sobre todo considerado más frecuentemente como un obstáculo transitorio a remontar antes de poder finalmente conducir al niño a jugar el juego del terapeuta. Podríamos preguntarnos si este juego merece la pena. Decía antes que frente a un niño que no reconoce nuestro rol personal, tenemos la tentación de defender este rol o de abandonarlo. Pero también podemos interrogarnos sobre este rol.

Tanto el ejemplo de Martino como el de Conzetta nos proporcionan la ocasión de reflexionar sobre la significación y sobre las implicaciones de nuestro punto de vista interpretativo en relación con lo que el niño nos presenta.

La actitud de Martino podría definirse superficialmente como un rechazo de la terapia. Pero, en realidad, Martino nunca se negó a venir a mi consulta. Más bien lo que ha hecho siempre es rehusar expresar sus necesidades bajo la forma de problemas a resolver. Esto no significa que él no me planteara nunca problemas; lo hizo pero siempre como algo de su cosecha de su propia iniciativa, y no en respuesta a eventuales solicitudes por mi parte. En una ocasión cuando yo trataba de hablar de sus problemas, obtuve una respuesta muy clara que cortaba de raíz mis tentativas: «los problemas no tienen nada que ver. Yo quiero hacer algo. No tengo ganas de quedarme aquí hablando. Quiero dibujar». « — Bueno , puedes dibujar si quieres». « — Pero ¿con quién». Se ve como Martino me pide de distintas formas una cosa; pero una cosa muy diferente de una ayuda para comprender un pensamiento. Me pide una participación, una presencia. Es, por tanto, a su manera mi cliente, a condición de que yo acceda a prestar atención a su llamada.

La secuencia con Conzetta ha mostrado igualmente, por parte de la niña, un deseo de ser acogida que parece encontrar una barrera en el proyecto interpretativo de la terapeuta. El «por qué» de la terapeuta, así como toda intervención que intente poner en evidencia un elemento de conocimiento, o producir una toma de conciencia, significa, en la vertiente emocional, un enfriamiento de la corriente de afecto, un distanciamiento y, en definitiva, un rechazo. En la vertiente del funcionamiento mental, una intervención de este tipo representa una invitación a reflexionar sobre el sentido de las cosas, a filtrar la vida interior a través de lo intelectual, y a desactivar el potencial explosivo de la acción. En los términos de Hamlet, «la frescura primera de nuestras resoluciones se agota a la sombra palida del pensamiento» («the native hue of resolutions/ is siklied o er with the pale cast of trought»). En enlentecimiento de la acción tiene ventajas sociales evidentes y constituye, tal vez, la base de la educación: pero al precio de un alejamiento afectivo.

¿Cuáles podrían ser las respuestas alternativas?. Por ejemplo, entrar en el juego más a fondo, diciendo: «Esto me gusta mucho, que el caballo quiera venir, le prepararé paja para que se tumbe y avena para que cene». O bien: «Que venga, vamos a hacer buenas migas los dos». Se ve inmediatamente que estas dos respuestas

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

difieren una de la otra por sus implicaciones conversacionales: la primera implica que hablándole (la terapeuta) presupone que su huésped desea un abrigo, alimento, es decir, un trato maternal, correspondiendo a necesidades «orales», diríamos. La segunda presupone que tiene una necesidad de hablar con la terapeuta (y, en consecuencia, deja la puerta abierta a una demanda de tipo «clásico», de una interpretación del sentido de las cosas). Podríamos imaginar otro tipo de respuestas, por ejemplo un ofrecimiento de cuidados médicos, que presupondría un estado de sufrimiento o de enfermedad del caballo-niña.

Entre este tipo de respuestas juzgadas y las respuetas clásicas del comentario interpretativo, existe la misma diferencia que entre una obra teatral y un ensayo. Se trata de dos géneros literarios que tienen cada cual sus características y su público, y que pueden ser utilizadas ambas para comunicar el mismo mensaje. Por lo tanto, la diferencia es formal, aparente. ¿Pero, no hay también una diferencia sustancial?. Se podría decir a primera vista que no la hay, puesto que, en suma, se tiene como fin hacer una interpretación en ambos casos. Yo creo que se pueden diferenciar las dos respuestas de manera útil estableciendo su analogía con las dos formas de aporte de los padres del aprendizaje de la comunicación. Durante los primeros meses de la vida del niño, en la fase prelingüística, los padres atribuyen a ciertos comportamientos del lactante el valor de una señal, y responde a esta señal ofreciendo lo que ellos piensan que es el objeto de la necesidad o del deseo. Interpretan por tanto la necesidad satisfaciéndola (con un criterio pragmático de verificación de su interpretación). En la etapa siguiente, cuando el niño aprende a hablar, la forma del intercambio comunicativo cambia y los padres tienden a ofrecer no ya el objeto de la demanda, sino una reformulación verbal de la demanda del niño. Es entonces cuando ellos interpretan traduciendo. En nuestra actividad de terapeuta, la respuesta-comentario me parece que corresponde a esta interpretación-traducción, mientras que la respuesta jugada es del orden de la interpretación-satisfacción. Es decir, ¿Es que el rol del terapeuta que juega consiste en satisfacer al niño? La objeción psicoanalítica a la utilización de esta técnica es, precisamente, el riesgo de impedir, por la gratificación, la toma de conciencia de la necesidad; y además, la de condicionar al niño a expresar ciertas necesidades antes que otras, en relación a una intervención que es una ofrenda, y mediante la cual el terapeuta se expone. Pero si la respuesta jugada del terapeuta es una forma de satisfacción, con todo, se mantiene dentro del orden simbólico, puesto que se expresa a través del juego. Las sesiones en las que se alternan momentos de conversación normal con momentos de juego escénico muestran que los niños ven muy bien la diferencia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

entre los dos registros. Y no está escrito que la toma de conciencia, si conseguimos facilitarla, deba pasar necesariamente por un comentario que, a menudo, los niños toman como un momento pedagógico o moralista. Lo que a mí me interesa preferentemente, como ya he dicho, es instaurar una modalidad de diálogo. Desde esta perspectiva, la modalidad es más importante que los contenidos. Y generalmente, no es la gratificación, la frustración, o la interpretación administradas en el juego lo que cuenta, sino más bien el hecho de aceptar la dimensión lúdica. Siempre y cuando el niño la proponga, naturalmente: la experiencia enseña que generalmente acaba por abandonarla espontáneamente.

Pero por qué el juego? No quisiera detenerme en las formulaciones bien conocidas de Winnicott sobre el espacio transicional de la experiencia, sino contentarme con subrayar el rol del juego como medio de expresión sustitutivo de ciertas dimensiones morales de pensamiento, que el niño en edad de latencia no ha desarrollado suficientemente. Entre los límites instrumentales del niño, que a veces son fuente de malentendidos en el diálogo con el adulto y que son en gran parte responsables de su rechazo para hablar de sí mismo en una dimensión problemática, quisiera recordar su forma de pensar. El niño en edad de latencia apenas comienza a emerger de una mentalidad según la cual lo que es, es, porque debe ser. El pensamiento prelógico se mueve entre la polaridad verdadero o falso, y la polaridad necesario - imposible. Solamente con el pensamiento concreto, cuya formación coincide más o menos con la latencia, el niño comienza a imaginar otros dos modos, el de lo posible y el de lo contingente. El pensamiento concreto está todavía caracterizado por una fuerte adherencia a lo real, y el margen dejado a lo posible está todavía muy limitado con relación a lo real. Unicamente más tarde, cuando se adquiere el pensamiento formal del adolescente y del adulto es cuando la relación entre lo posible y lo real se desequilibra en favor de lo posible. Para el niño en edad de latencia, el juego proporciona, aunque quizá de otra manera, lo que los instrumentos del pensamiento todavía no son capaces de hacer: ofrece al niño un medio para explorar la dimensión de lo posible. Es, en suma, para el niño, una manera de poder hacer hipótesis. Y es también una posibilidad de conceder a las palabras del terapeuta el beneficio de la duda, sin que resulten quizás demasiado pesadas y demasiado definitivas.

.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

LA PSICOTERAPIA DEL ADOLESCENTE

Por René HENNY

Introducción

Nuestra comprensión médica está largamente apoyada en un punto de vista biológico. El individuo debe encontrar su metabolismo vital en un intercambio con el mundo que le rodea, intercambio que implica la incorporación de aquello que en el exterior es necesario a su vida y simétricamente la proyección al exterior de los productos devaluados función misma de los procesos vitales. La comprensión de la vida afectiva y relacional del adolescente es más que una metáfora de su fundamento biológico. El yo del adolescente está más que en cualquier otro momento de la vida sometido a tensiones contradictorias de las pulsiones por una parte y de las prohibiciones sociales por otra. Por esta razón intenta encontrar salidas lo menos costosas posibles, siendo sus compromisos el síntoma, la neurosis o al extremo de la enfermedad mental. En todos, incluso los mejor adaptados presentan mecanismos defensivos que pueden, en ciertas ocasiones, modular la adaptación a lo real del carácter y de sus comportamientos. En el adolescente, el conflicto es frecuentemente agudo entre estas exigencias contradictorias, cada una imperiosa en sí misma, que reenvía a una situación bien anterior: la del niño dividido entre el principio de placer y el de la realidad. De esta forma, en crisis como a menudo se ha dicho, el adolescente expresa su malestar por una cierta labilidad del humor, perturbaciones del carácter y un comportamiento turbulento que caracterizan esta edad de la vida. Como nunca, el observador se encuentra en una situación particularmente difícil para formular un pronóstico en función de la observación actual y es altamente imprudente referirse a una normalidad que se fundamenta en los criterios del adulto que ha alcanzado su madurez, mientras que el joven sujeto está en plena fase evolutiva. La distinción entre normal y patológico es particularmente incierta, toda referencia a un criterio normativo o en particular a un concepto de adaptación es altamente criticable desde el punto de vista metodológico. Por esto mismo es esencial que el psicoterapeuta posea una percepción lo más clara posible de los procesos dinámicos que actúan en esta edad de la vida. Es por este conocimiento que podrá intervenir, habitualmente «a mínima», para ayudar a este niño

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

grande a encontrar una salida a un conflicto que no pide otra cosa que resolverse.

El adolescente y su cuerpo

Es una banalidad recordar lo evidente: la transformación del cuerpo del niño en cuerpo de adulto define la pubertad, es decir, la adolescencia en su aspecto orgánico. Cada vez que el cuerpo se encuentra sometido a ciertas mutaciones, sean del orden del crecimiento, de la transformación puberal, de la evolución de un embarazo o de la involución ligada a la senescencia, se revela claramente que el individuo ve las bases de su identidad vacilar, pues es verdad que el cuerpo es el eje de la identidad, el asiento fundamental de la persona. El cuerpo representado constituye el aquí absoluto alrededor del cual se organiza el allí, el espacio exterior (Binswanger).

De la misma forma Sartre valoriza la relación del sujeto a su cuerpo en la dialéctica de «mi cuerpo para otro» y «mi cuerpo por el otro»[1]. Esta afirmación revela bien toda la problemática de la adolescencia. La transformación pubertaria implica la exhibición de una identidad sexual, a partir de la cual ya no hay duda posible, y después de la ambigüedad de la forma del cuerpo del niño, el joven se afirma en tanto que varón y la niña en tanto que mujer. No hay escapatoria posible y la resistencia[2] ante su identidad sexual puede conducirle tanto a la madurez plenamente desarrollada como al desastre de la enfermedad mental. Toda disarmonía en el desarrollo del cuerpo del sujeto (ginecomastia del niño, obesidad o delgadez, acné), lo mismo que el retraso o el avance de esta mutación, discronía que toma su forma en la comparación que el sujeto va a hacer en relación a la de sus camaradas, representará un problema más o menos difícil a asimilar, un conflicto que será probablemente esencial que pueda ser debatido con el adolescente.

«Es pues una de las primeras tareas del adolescente admitirse en cuerpo y en su sexo.»

[1] *N. del T.:* «Mon corps pour autri» et «Mon corps par autri», lo traduzco de esta forma intentando poner en evidencia no sólo el ofrecimiento del cuerpo al otro, sino la recepción y estimación que el otro hace del cuerpo que el sujeto le ofrece y la respuesta comunicada por el otro y recibida por el sujeto.

[2] *N. del T.:* Contraite à son identité: actitud de oposición pero que encierra también el significado de aceptación, la dificultad de abandonar una posición adquirida y en la que el individuo se siente establecido más o menos cómodamente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Fenomenología de la crisis puberal

Es inútil volver de nuevo sobre los síntomas repetidamente descritos de la crisis de originalidad juvenil. Más o menos abiertamente oponente o agresivo o, bien al contrario, deprimido, replegado sobre él mismo, el adolescente está a la búsqueda de su identidad, cara a él mismo y cara a los otros. Detrás de este comportamiento a menudo difícil que pone delante de él como una pantalla el púber busca salidas a las dificultades económicas a que se encuentra confrontado, situado entre el despertar pulsional y las presiones sociales. De hecho no hay en esta edad una temática conflictiva nueva, sino que adolescentes y púberes se encuentran confrontados a los grandes problemas que han conocido anteriormente en el curso de su primera y segunda infancia al nivel de su desarrollo pregenital y edípico. Todos los autores concuerdan en reconocer que el adolescente está confrontado a un conflicto edípico muy intenso y que se encuentra sometido a los deseos y a los tabúes del incesto como probablemente jamás lo ha estado anteriormente y no lo sentirá en lo sucesivo. Es este deseo, peligroso por su propia naturaleza, el que le es necesario reprimir a cualquier precio y va a desarrollar un gran número de mecanismos de defensa y de evitamiento para protegerse. En efecto, en función de su crecimiento corporal, está confrontado con un deseo que podría realizarse mientras que siendo niño su fantasía no podría ser de otra naturaleza que fantasmática, megalomaníaca en función de la disparidad entre su cuerpo y el del objeto deseado.

Debido a esto, los padres, que habían protegido hasta el momento al niño, que le habían puesto a cubierto de un cierto número de traumatismos desorganizantes ligados al mundo en el cual él estaba situado, que funcionaban como se ha dicho de paraexcitación, desde este mismo momento, estos mismos padres, en razón de los deseos edípicos del adolescente, se convierten en fuentes de excitación, y probablemente tanto más cuanto más capaces sean los padres de comprender a sus hijos ya mayores y de compartir con ellos su vida interior. Objetos del deseo reprimido, incapaces de evitar a sus hijos mayores la percepción del aumento de la excitación, los padres se convierten, en cierto sentido, en fuente de peligro y es indispensable que el adolescente tome la distancia y se proteja de una economía tan comprometida. Se podría decir que la dolescencia es un período de sobreexcitación y una fase traumática en el desarrollo del sujeto. El traumatismo psicológico se definiría por un desbordamiento de la excitación que deja de ser controlable por el yo y por sus mecanismos de defensa habituales. Confrontado con padres excitantes, movilizando tanto el deseo como la agresividad, el sujeto debe imperiosamente tomar distancia y hacer el duelo de sus progenitores como objetos de ternura y de amor

Los sistemas defensivos

La toma de conciencia, el rechazo de toda manifestación de ternura, la oposición a sus padres bajo todas sus formas, son otros tantos ensayos de control de una economía perturbada. El aislamiento, el repliegue sobre sí mismo, la ruptura con el mundo, el encerramiento en la ensoñación, son otras de las condiciones defensivas de la crisis de identidad puberal. Este repliegue narcisista indica no obstante la retroinyección de los imagos que hasta aquí habían sido proyectos al exterior. Por eso el desequilibrio de los investimentos del Yo y del Otro en favor del narcisismo no implica solamente beneficios. Este retomar en su interior los objetos malos, a la madre mala, como al padre malo, conduce económicamente a una desestima del adolescente para él mismo que se percibe habitado por una cosa mala, desestima que va aún más a precipitar los movimientos depresivos ya esbozados en el necesario duelo de los padres. Por otra parte, este desequilibrio económico implica una ruptura con el mundo exterior, ruptura no solamente con las gentes sino también en la ligazón de lo objetivo y de lo objetal, con las cosas. Es decir, que el adolescente tendrá una percepción del mundo que le rodea que podrá a menudo estar perturbada por el mediocre interés que él experimenta por la realidad.

Aislado en su cuarto, soñador, cortando sus relaciones con el mundo enteramente replegado sobre él mismo, repudiando la realidad, ocasionalmente apragmático, este cuadro puede inducir al médico en error. Impresionado por una fenomenología que podría anunciar la enfermedad mental, el médico podría ser conducido a tomar medidas drásticas de hospitalización, medidas antiterapéuticas que no favorecen probablemente en nada una evolución espontánea del paciente que se encuentra momentáneamente confrontado a sus crisis de identidad puberal. En esta situación es siempre difícil tener que sopesar el imponderable de una amenaza de suicidio o de cualquier otro movimiento automutilante.

Por otra parte, siempre ligado al movimiento indicado de retirada narcisista y a las complicaciones que pueden seguirse, el adolescente intenta encontrar algunas salidas en función de mecanismos de defensa muy primitivos de escisión. Sintiéndose contaminado, malo, más o menos cumplable, inferiorizado intenta encontrarse a través de identidad múltiples. Fragmentado[1] en varias entidades que se manifiestan en una transformación de su personalidad de un día al otro, incluso de un minuto al otro, el adolescente pierde entonces el sentimiento de cohesión del yo y puede sentirse encausado por estas diferentes imágenes que se da a él mismo, iden-

[1] *N. del T.:* Eclaté: estallido que produce fragmentos.

tidades que le habitan, pero sin encontrarse nunca en aquello que él es realmente. Es el esbozo de un fenómeno que podría conducir a las despersonalizaciones, al desdoblamiento de la personalidad que la economía defensiva lleva al adolescente a bordear.

Como E. Kestemberg ha bien demostrado, uno de los modos de organización defensiva del adolescente ante el empuje pulsional sería un intento de invertir el carro[2], y por culpabilidad negar su identidad sexuada para situarse en una posición invertida. Esto implica una posición homófila, pseudo perversa, que se encuentra prácticamente en no importa qué púber de una manera más o menos percibida, más o menos vivida, más o menos reprimida o negada. El beneficio está en la distancia, que es entonces máxima en la relación al incesto y al padre deseado[1], la retractación es total en esta posición homófila. No obstante esta basculación del deseo es generalmente temporal y tampoco conduce a un alivio real a nivel de la economía personal. El repudio de la identidad sexual implica una vez más una retractación respecto a la realidad, situándose a un nivel particularmente conflictivo e investido. Es, para el chico, la aceptación de una posición pasiva y castrada, y para la chica la reivindicación de un pene que sólo la conduce a la reactivación de la culpabilidad y de los sentimientos de baja estima por sí misma.

Puede resumirse todo esto recordando que el adolescente confrontado de una parte a una subida pulsional endógena ligada a su maduración corporal y de otra parte a una presión socioeducativa, desgarrado por fuerzas dinámicas contradictorias vive una crisis de identidad a menudo particularmente impresionante. Al igual que Hamlet, se plantea la pregunta del ser cara al mundo en el cual debe integrarse. Dudando de él, poniendo en cuestión su identidad sexual, puede llegar hasta fases de despersonalización momentánea que no tienen valor pronóstico a esta edad de la vida. Buscando desesperadamente salida, intenta reencontrarse en su repliegue narcisista, quiere negar sus deseos en su movimiento homófilo, pero esta vía se pierde cada vez más en el laberinto de una economía interna comprometida, todavía más debido a que ha perdido sus pilares de referencia moderadores, sus padres, de los cuales él debe hacer el duelo.

[2] *N. del T.:* Renverser le char: poner lo de delante atrás y lo de atrás adelante.

[1] *N. del T.:* El autor sobreentiende «del otro sexo».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

Las tentativas de salida: la intelectualización

En los adolescentes inteligentes se trata probablemente del mecanismo más clásicamente encontrado y también revelador para el observador de una evolución favorable o bien al contrario de un bloqueo patógeno por el que es importante preocuparse. Para poner a distancia sus vivencias pasionales, tan inquietantes, el adolescente dispone en efecto de su pensamiento y de su inteligencia. Es un medio de neutralización, de distanciamietno particularmente adecuado. Lo conocido en contrapunto de lo vivido, será movilizado en todas sus formas defensivas. Esto puede ser a veces difícil para el adulto, que deber asumir en su diálogo con el adolescente su racionalización sin medidas y que no obstante tiene un valor alto de reaseguramiento. El reinvestimiento del conocimiento nos asegura, no obstante, que el adolescente encuentra una vía de salida a su crisis de identidad y que es capaz de elegir un arreglo favorable para sus dificultades propias: reinvestimiento del campo de lo conocido, movimiento epistemolofílico, curiosidad intelectual que le permite una reanudación de su actividad escolar que continúa siendo a menudo el signo más seguro de una reanudación evolutiva consolidada. El psicoterapeuta, en su función de apoyo, deberá no atacar este mecanismo defensivo que favorece la resolución de los conflictos señalados.

La creatividad

Es la superación de la ensoñación pasiva, del apragmatismo. Es, sobre todo, el control de la negación de la realidad por la fantasmatización. La creación puede estar ligada a dones propios del sujeto, creación pictórica o literaria, también puede ser la organización de actividades recreativas inteligentes, trabajos manuales o deportes que se inscriben en una acción sobre la cual tendremos necesidad de volver a hablar. El adulto deberá utilizar un tacto particular si es conducido al descubrimiento de estas tentativas de sublimación continuamente reinvestidas por la erotización más o menos culpabilizada de la actividad creadora. Hay que decir aquí una palabra sobre el diario íntimo, elaboración particularmente investida, que desea a la vez ser revelada y oculta, a veces singularmente rica de sensibilidad y de valor literario y otras veces fuertemente operatoria, seca, cabalística.

La acción

Por definición, la acción implica la superación de la pasividad. En este sentido es desenlace y solución. No obstante, en el curso de su crisis de identidad, el adolescente debe dejarse invadir por la necesidad compulsiva de la acción para sentirse libre, para negar su pasividad, para reencontrar la estima de sí mismo, actuar pese a todo y a no importa qué precio en una tentativa de negar su miedo. Así, se pone en situaciones peligrosas, autodestructoras, que pueden ser extraordinariamente temibles. Menos dramáticamente puede tratarse de una acción agresiva orientada más bien hacia fuera que adentro, acción antisocial, movimiento encontrándose en el origen de una gran cantidad de accidentes, de recorridos delictivos de adolescentes a la búsqueda de un sentimiento de existencia. Pero también puede tratarse y mucho más razonablemente, de la organización de un pasatiempo activo creador, fuente de progreso y de superación de sí mismo modelado por asociaciones de jóvenes que han sabido mejor que nadie suministrar al adolescente medios para solucionar sus dificultades.

La ascesis

Es la voluntad de reprimir la pulsión y la necesidad de encontrar la estima de sí en la negación de sus deseos libidinales prohibidos. La necesidad de ascetismo se encuentra tanto en la intelectualización como en la creación e incluso en la acción, tal como lo hemos podido evocar. La voluntad del adolescente de superar sus deseos de dominarlos y controlarlos más eficazmente se manifiesta a veces en comportamiento que puede tomar un aire más o menos masoquista. Aquí, nuevamente, nos guardaremos bien de intervenciones o de juicios fundados en una razón[1] con la que jóvenes de ambos sexos en su debate interior no saben qué hacer.

La vida social

Es efectivamente la solución mayor al desequilibrio descrito de los invstimientos narcisistas y objetales. Con sus iguales, a través de la constitución de grupos y de asociaciones, el adolescente que había roto con sus padres y que se había encerrado en su régimen narcisista, reencuentra una comunicación con el otro, con el mundo y en consecuencia una mejor conexión con la realidad. La vida social es intensa, marcada por la inestabilidad del humor

[1] *N. de. T.:* En el sentido de Diosa Razón.

del adolescente y debido a eso lleno de rupturas y reencuentros sucesivos, a menudo ligazones pasionales, con un despliegue de energía y de intereses marcados por la falta de medida. El grupo puede constituirse de forma anárquica libre, sin estructura y sin jerarquía, o a veces al contrario, de una forma extraordinariamente rígida en un sistema cerrado sobre él mismo. El liderazgo está asegurado por un cabecilla, a menudo de más edad que él, que por su personalidad necesita representar un papel dinámico y que por otra parte posee una autoridad natural que polariza alrededor de él una identificación comunitaria.

Es regularmente en los grupos de iguales que chicas y chicos hacen sus primeras experiencias amorosas. En el contexto de numerosos ensayos de «flirts», de encuentros de un día o de relaciones más duraderas, que desembocan en rupturas más o menos dolorosas y desorganizantes. El fin será alcanzado en el momento en que chicas o chicos hayan podido unirse en la elección de un objeto que les asegure la plenitud de su encuentro, al asumir la satisfacción de su necesidad mutua de ternura al mismo tiempo que el placer de sus cuerpos.

Metapsicología de la crisis puberal

Lo esencial de la reorganización pulsional pubertaria podría resumirse en una nueva distribución de los investimientos sobre el objeto y sobre el self. Verdadera redistribución de los investimientos objetales y narcisistas, la adolescencia induce un repliegue, una vuelta sobre el yo de las nociones pulsionales tanto libidinales como destructoras antes ligadas al objeto. Esto es recordar lo que todos los autores que se han interesado por el adolescente han descrito frecuentamente. Este repliegue narcisista, en el plano semiológico como he dicho anteriormente, implica la ruptura con los objetos significativos ahora convertidos en invasores y la toma de distancia urgente tanto para el joven como para la joven , a la vez que para ponerles al abrigo de su deseo incestuoso. Esta fase de individualización señalando un retorno a una organización narcisista narcisismo corporal y narcisismo moral, conduce al duelo que oculta [1] clásicamente la depresión del joven. Duelo de los imagos parentales genitalizados, renunciamiento al deseo imposible de acercamiento y de realización del edipo directo o invertido. También, detrás de los imagos totales y sexuados están los objetos parciales ampliamente investidos de envidia y de odio [2] y por ello más anisiógenos. En una palabra, es la pérdida del objeto la que origina una

[1] Sous-tend: no sólo oculta sino que a la vez es origen y sirve de apoyo basal a la depresión.

[2] Envie: no sólo envidia, sino también deseo voraz de apropiación o posesión.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

tristeza y un malestar que llega hasta la desesperanza y que puede engendrar el suicidio.

Angustia y depresión son afectos displacenteros simétricos que encontramos en todas las edades de la vida, pero que surgen a menudo en el momento de la fase puberal. En 1923, en su tercera teoría de la angustia, Freud la ha descrito como la señal de una amenaza interna, a nivel del yo, ligada al espanto ante la percepción de una emoción pulsional intolerable. Simétricamente el afecto depresivo, cuyos derivados podrían enumerarse: vergüenza, culpabilidad, pena, tristeza y duelo, se refiere al peligro de la pérdida de objeto. Estas dos series de objetos displacenteros se distinguen mal si nos referimos solamente a estos dos primeros elementos. En inhibición, síntoma y angustia, Freud deja claramente entender que el representante del inconsciente percibido por el yo provocaría el miedo a una amputación del cuerpo propio, a la castración, o a una amputación del objeto significativo. Las dos series de afectos dolorosos, angustia y depresión, se distinguen no obstante en el plano de la organización temporal de la experiencia vivida. La angustia sería señal de un peligro que viene esperando, y que el yo debe apartar para evitar y dominar la amenaza. El afecto depresivo, por su parte, se refiere también a una situación traumática, pero siendo una experiencia ya anteriormente vivida, es decir, que se trata de una reacción a una realidad o más bien a una fantasía insoportable a través de la cual el sujeto ha pasado.

Dorpat en 1977 muestra el aspecto estructurante del afecto depresivo que implicaría en el plan del desarrollo una inhibición de los deseos irrealizables y una removilización del yo para fijar los nuevos fines para la satisfacción de la pulsión. Habría así un primer tiempo, el de la señal y el de la evaluación del peligro de no poder obtener una satisfacción, y después la experiencia del afecto depresivo que conduce a la inhibición y a la elaboración de una nueva estrategia pulsional más adecuada. En esta perspectiva el yo a través de su experiencia vivida, se conecta con el principio de realidad y por esa vía con los procesos secundarios. Se trataría aquí, pues, de una elaboración del yo que se distingue en su carácter a la vez económico y tópico de la defensa maníaca. Esta tiende a cerrarse en un funcionamiento que se convierte por si mismo en patógeno y causante de fijaciones.

Esta perspectiva metapsicológica nos parece esclarecedora en referencia a la evolución del adolescente, confrontado con el deseo y el tabú del incesto y la necesaria y dolorosa reorganización de sus fines pulsionales. El imago significativo debe de ser aún una vez más abandonado en tanto que objeto-fin, para ser investido, neutralizado en tanto que el objeto de identificación. Es un proceso que se ha desarrollado, se lo conoce bien, a lo largo de todo el crecimiento, pero es bien la realidad de la maduración corporal

del adolescente que da a este movimiento su carácter dramático y urgente. La renuncia al placer incestuoso y la elección de un objeto nuevo, desembarazado al máximo de sus proyecciones edípicas, será precisamente el movimiento económico —descrito anteriormente— que permitirá al adolescente salir de este callejón sin salida.

Desgraciadamente, esta solución favorable no es siempre alcanzada y conocemos bien las complicaciones dinámicas ligadas a esta edad de la vida. Angustia no ligada y afecto depresivo dejan de ser los organizadores de un yo incapaz de liberarse de sus fijaciones infantiles mientras que la excitación invasora inhibe las funciones del yo que se encuentran paralizadas y bajo la sombra del superyo.

En estos casos en los que nos encontramos confrontados a fuerzas de destrucción no neutralizadas, es decir, con una desunión pulsional que compromete la cohesión del aparato psíquico. Estuve altamente interesado ante las perspectivas abiertas de Evelyne Kestemberg hace 2 años que pensaba poder describir en un cierto número de adolescentes una relación de objeto que podría corresponder a una relación fetichista. Me parece que es un fenómeno que nos encontramos a menudo ante la corriente invasora de representaciones pregenitales ligadas a fijaciones precoces. La relación con el psicoterapeuta se inscribe efectivamente en un contexto en el que éste es percibido vivo, por una parte del aparato psíquico, y al mismo tiempo muerto, no solamente cosificado, fecalizado en virtud de reemergencias pregenitales sino a la vez muerto y fragmentado, y por ello, particularmente amenazante ante la imposibilidad del sujeto para identificarse a un objeto que solamente puede conducir al aniquilamiento. Esto está a menudo ligado al núcleo perverso con el cual nos encontramos confrontados en esta forma de reorganización estructural. Nos unimos completamente a las perspectivas de Moses Laufer en la descripción de un tipo de hiperinvestimiento del cuerpo propio y por ello con la emergencia de fantasmas particularmente inquietantes a este nivel, un sentimiento vivido por el adolescente de algo que es no tanto enfermo sino más bien anormal, es decir, perverso. Se estima alienado y la perspectiva que tiene de él mismo es altamente desvalorizante y culpabilizada. Paradigmáticamente encontramos este sentimiento a nivel de la dismorfofobia. En muchos adolescentes se podría quizás hablar —a pesar de emplear un mal neologismo—, de dismentofobia, es decir, de un sentimiento de distorsión muy particular de la vida fantasmática, con una enorme culpabilidad realzada por el resurgimiento de fijaciones sadomasoquistas extremadamente inquietantes. A este nivel, el yo puberal, en el caso de que disponga de estos recursos, intentará de-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

fenderse por la escisión y el aislamiento y desarrollará a menudo un hiperinvestimiento del pensamiento que yo creo que es el resultado de un movimiento defensivo fundado sobre el afecto depresivo de la pérdida. Vuelta a un movimiento funcional, tanto más pregnante que el sujeto es inteligente y que desemboca en la erotización de los procesos del pensamiento. Para añadir a las descripciones de Luquet, en función del desarrollo cognitivo del adolescente, las perspectivas del tiempo y del espacio se convierten en abstracciones manipulables, ansiosamente dominable. El deseo compulsivo de saber se sitúa en las perspectivas cósmicas y filosóficas, refiriéndose al conocimiento de los orígenes y de las raíces que firman el deseo de la madre y la añoranza de una vuelta al sentimiento oceánico. Reecontrar en la fusión el paraíso original que connota a menudo la rumiación suicidaria.

Todo esto se explicita en las catarsis fantasmáticas masturbatorias y yo pienso personalmente que Laufer tiene razón de preocuparse particularmente del fantasma nodal «core fantasy» más consciente que inconsciente, verdadera puesta en escena dramática de la relación de objeto que el adolescente puede vivir en el orgasmo autoerótico. Es a menudo efectivamente un condensado de la organización económica del aparato psíquico a esta edad de la vida; juego dramático de fuerzas de investimientos y de contrainvestimientos fantaseadas de una manera a menudo altamente cruda y transparente que pueden ser conocidas siempre que el sujeto acepte comunicarlas, lo que exige a veces un largo período de familiarización[1].

La retirada de los investimentos objetales favorece en gran medida esta concentración del investimiento sobre la representación del cuerpo propio, sobre el self, y en tanto que la desintrincación pulsional acompañe esta retirada narcisista, el sujeto se encuentra confrontado a un conflicto que no podrá resolver que yendo en el sentido de un movimiento autodestructivo, a veces extremadamente inquietante. Yo quiero nombrar aquí el suicidio que como se sabe, en la adolescencia no es raro.

La psicoterapia de los adolescentes

La pregunta que en realidad es planteada es la de precisar cuáles son las invariantes a las que el psicoterapeuta de adolescentes se encuentra confrontado, es decir, en su estructura, su tópica y su economía. Si es posible elaborar una teoría de la reorganización

[1] *N. del T.:* Apprivoisement: familiarización que conlleva el significado de amansamiento, semejante a la desaparición del carácter arisco en la domesticación de un animal, proceso en el que influyen fundamentalmente las satisfacciones y gratificaciones que recibe el miembro hosco de la pareja en relación.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

del desarrollo de la adolescencia, la experiencia muestra que es absolutamente imposible definir un proceso terapéutico, una patología que va de una crisis a veces ruidosa de identidad pero ampliamente abierta sobre la reanudación evolutiva de la autonomización hasta los cierres más opresores del carácter patológico o de la psicosis, amputantes del funcionamiento psíquico, pasando por la depresión latente o manifiesta y sus mecanismos de compensación en las conductas de adicción o los comportamientos desviantes. Tantos cuadros estructurales, tantas respuestas terapéuticas. No es cuestión de responder de una forma unívoca o monolítica a la psicopatología de la adolescencia. Si no obstante, se intenta extraer una dimensión que se reencontraría en toda empresa terapéutica de la pubertad, chico o chica, yo creo, yo bien creo que sería a la dimensión contratransferencial a la única a la que podríamos referirnos. Finalmente[1] se me ha aparecido como evidente que la única situación dinámica que yo reencuentro siempre que estoy confrontando con un joven o una joven en fase de maduración puberal es bien mi contraactitud primera, esta misma que implica el conjunto de un movimiento que gustaría de denominar originario, de toma de contacto y de escucha del adolescente. Hago alusión a la concepción particularmente de Gitelson o aun de Heimann, retomada por Lebovici. Hay en los primeros momentos del establecimiento de una relación, desde el primer minuto, es decir, desde la toma de contacto en la sala de espera, una percepción global del paciente, vivido en su totalidad, y mi sentimiento es bien el de una puesta en forma, me gustaría decir, de una toma de forma como la escayola en su molde, de las motivaciones profundas del psicoterapeuta. Gitelson estima que no se trata todavía de fenómenos contratransferenciales propiamente dichos. Esto es la preforma del embrión potencialmente cargado de una evolución fuertemente determinada. El hecho chocante y cien veces verificado de la aprehensión intuitiva y anticipada que podemos hacer de las dificultades que vamos a encontrar en un tratamiento y de la selección que hacemos en consecuencia de nuestros pacientes nos parece un hecho demostrativo. Intuición difícil a conceptualizar, relación inefable pero profunda, comunicación infraverbal del inconsciente del paciente, ante la cual se está tentado de volver al esquema de la psicología de la forma para describir los pasos de una percepción sintética a un análisis sistemático de las fuerzas en presencia. Aludo bien a un movimiento que se inscribiría en el concepto de actitud emocional del analista, en el sentido global

[1] *N. del T.:* El autor en este contexto da a esta palabra prioritariamente el carácter de conclusión, de resultados, de síntesis de su experiencia, y no el de conclusión por exclusión, que también lo contiene.

del término, por oposición a la contratransferencia que sería movilizada por los aspectos parciales a los conflictos o fijaciones específicas de un paciente concreto.

A este nivel me parece que la relación que se establece con el adolescente, es decir, con todos los adolescentes, está siempre marcada por la importancia de las tendencias reparadoras del psicoterapeuta, es decír, su preocupación de querer curar a su paciente, consecuencia del investimiento de su agresividad mal integrada. El adolescente me parece constituirse como el blanco de este movimiento, primeramente en función de su juventud, situación que entiendo no implica forzosamente inmadurez sino más bien la infinita abertura de sus posibilidades evolutivas. Entre terapeuta y paciente se establece así una relación asimétrica, pero en la cual la diferencia esta vez no está al servicio del adulto. El paciente oscila, como lo demostraremos más adelante, en el eje de las actitudes sucesivamente depresivas y maníacas. El psicoterapeuta se encuentra confrontado regularmente con algo del orden del triunfo, incluso del hybris, ante el paciente joven que proclama su libertad de vida o de muerte cara al adulto aunque más bien para él su destino tiende a estrecharse y retraerse. Es por esto que yo tendría tendencia a pensar que entre las invariantes que son propuestas para la aproximación terapéutica del adolescente no se puede menos que hacer mención de la contraactitud del adulto y yo creo que ésta es digna de ser recordada, puesto mero de arquetipos y en el que se elabora una percepción del paciente adolescente en su infinita variedad de estructuras y de economía, arquetipos siempre retomados y que tienden a limitar, es decir, a empobrecer la riqueza de la persona en la encrucijada de la infancia y de la edad adulta. Por esto yo sólo deseo hablar de la precesión de la contratransferencia, es decir, del conocimiento que podemos tener del otro en función de una metateoría que superponemos, como una atadura, como una forma sobre un fondo o una superficie unida a otra, lo que puede quizá ser una hipótesis de trabajo utilizable pero al mismo tiempo una amputación de todo lo que el sujeto puede sentir en él mismo. La consciencia de nuestra limitación perceptiva de la totalidad del paciente, fruto de la precesión de la contratransferencia, en la forma interpretativa, medida y control de nuestro saber y de nuestro poder en provecho o en perjuicio de nuestro joven paciente. Si yo pienso que hay que situar el invariante psicoterapéutico de la adolescencia a nivel de la contraactitud del psicoterapeuta es bien porque de una parte no sólo yo no percibo que escasamente alguno más, sino también porque me parece, según mi experiencia, que es bien a nivel de adulto que se juega a menudo la creación, el destino y la terminación de la alianza terapéutica.

Siendo necesario hablar del paciente, ahora podríamos quizá con prudencia aislar un cierto número de líneas de fuerza que se encuentran en un cierto número de adolescentes entendiendo bien que entramos en el sistema que acabo de intentar denunciar. Esta enumeración no tiene otra intención que la didáctica y agradecería ser interpretado solamente en esta intención.

Todos podemos reconocer en la crisis e identidad juvenil una desviación de los investimientos objetal narcisistas en provecho de los segundos, en otros términos, los intereses del adolescente, conectado sobre sus objetos infantiles, llegan a refluir sobre el yo en un movimiento que implica un sobreinvestimiento narcisista del cual la fenomenología de la crisis de la adolescencia es el testigo más evidente. En esta vuelta egotista el sujeto pierde sus objetos investidos y significativos, los padres interiores, y esto le compromete a un trabajo de duelo sobre el cual se ha insistido a menudo. Esto para recordar la importancia de la patología narcisista y las perturbaciones de las relaciones objetales, a las cuales el observador se encuentra regularmente confrontado con un paciente joven.

Nos encontramos entonces en el campo psicoterapéutico cara a este par contrastado sobre el cual André Green insistía a propósito de los enfermos límites, de la depresión y de la omnipotencia, o en los términos de Green de la humillación y del triunfo. La experiencia me hace entender que en el metabolismo de la relación terapéutica, esta fragilidad narcisista, acompañada de una búsqueda ávida de un objeto que pueda tranquilizar al yo sobre su identidad, provoca movimientos dinámicos extraordinariamente rápidos que llegan a desorientar al psicoterapeuta que se encuentra un tiempo e incluso varios tiempos en retraso respecto a un aquí y ahora singularmente fluctuante. Yo lo había calificado anteriormente de movimiento de acercamiento y de alejamiento, refiriéndome a los trabajos de Maurice Bouvet que me parecían esclarecedores de lo que el psicoterapeuta del adolescente podría vivir en el excesivamente rápido desplazamiento metafórico de su paciente. Su fracaso estaría en un mal timing, su respuesta estaría a menudo en el sentido contrario de la petición del paciente. Así tenía la impresión a menudo que mi intervención se situaba en un acercamiento, mientras que el paciente tenía tendencia a aislarse, o, al contrario, que un poco asustado por ciertos movimientos seductores o agresivos yo tendía a construir barreras para protegerme y asegurar con ellas mi exigida impavidez.

Si la teorización de Bouvet me parece debe ser retenida en lo que concierne a la modificación de la distancia de la relación de objeto, también podríamos ir algo más lejos en la comprensión de los fenómenos dinámicos que marcan la psicoterapia del adolescente. En efecto, parece como evidente al observador que nunca en la vida del hombre hubo tales emergencias eróticas como en

el adolescente. Se ha descrito y esto es un clásico, la erotización ligada al desarrollo genital del adolescente, erotización que conecta tanto sobre el cuerp ocomo sobre el psiquismo. El cuerpo y la relación con el cuerpo, la sexualidad en sus diferentes expresiones perversas, son temas ardientes a los cuales se encuentra el terapeuta regularmente confrontado. Pero es necesario para esto que la alianza terapéutica sea suficientemente sólida y que la respuesta del psicoterapeuta haya sido prudente y conteniente para desembocar en esta abertura. Como ya ha sido dicho, la transformación de la imagen del cuerpo es tema de gran inquietud, yendo incluso hasta la inseguridad en la identidad. Las compulsiones comportamentales a mirarse en el espejo y a intentar borrar aquello que es investido como falta o defecto es la manifestación más evidente. Nuestros pacientes deben poder hablar hasta de las maniobras secretas que intentan llevar a cabo para compensar su malestar, maniobras que sienten a la vez erotizadas, culpabilizadas y vergonzosas. Pero estas confesiones son siempre interacciones, es decir, que el paciente tiene necesidad de conocer la apreciación del adulto al cual él se dirige. El silencio es entonces análogo de condenación. El adolescente sufre, y no es raro que nos disimule la intensidad de su drama vivido. El fin de la intervención es encontrar detrás de la expresión fenomenológica la fuente de ansiedad y más allá de la pantalla ocultante que nos tiende el fantasma de castración más o menos metafóricamente realizado. Laufer retoma este aspecto del tratamiento del adolescente calificando el fantasma masturbatorio de fantasía nodal «core fantasy», que sería el escenario perverso revelador de fundamento basal de la organización estructural de la neurosis o de la psicosis puberal.

Esta confesión es infinitamente rara, y si es comunicada es a menudo amputada de una parte particularmente descalificante del escenario masturbatorio, en particular en el campo sadomasoquista, y yo no estoy seguro que esta comunicación cruda sea fácil administrar por el terapeuta. El adolescente, en esta abertura, nos dice su intenso sentimiento de malestar allí donde se siente más malo[1] que enfermo, y es esencial que el adulto sea continente más que intrusivo, escuche más que pregunte, y que vele constantemente para interpretar la culpabilidad de su paciente sin herir jamás los ideales a los cuales éste se refiere para reconfortar su narcisismo, y esto es difícil.

[1] *N. del T.:* Mauvais: malo, con el sentido de maldad.

Surgimiento erótico, erotización del cuerpo, del funcionamiento psíquico, del funcionamiento más intelectual, erotización de la angustia, los adolescentes enloquecen con estas situaciones que pueden inhibirles profundamente hasta el nivel de sus creaciones y de sus actividades las más banales. Al mismo tiempo proclaman su deseo nunca saciado de sentirse, de vibrar, de estallar como ellos los verbalizan fácilmente. Nos encontramos, pues, confrontados con el entrecruzamiento de una mentalización fuertemente infiltrada de retoños del inconsciente y de movimientos claramente pregenitales al mismo tiempo que un resurgimiento de la sensorialidad que implica un fallo de la función simbólica.

Refiriéndome a Freud en «Pulsiones y destino de pulsiones», y que ha sido retomado por Laplanche, hay probablemente en esta época de la vida una recreación libidinal, una génesis, se podría decir una neogénesis de la pulsión de vida. Irrupción o erupción, más o menos bien asumida, vivida a la vez en el sentido del placer y del displacer. Es sobre este movimiento que debería constituirse la sublimación, término, salida dinámica, que permitiría al individuo confortarse narcisísticamente en actividades valorizadas socialmente. Sabemos bien que este tiempo organizador está marcado por numerosas dificultades que van desde el aplastamiento de la mentalización de la acción hasta la compulsión de repetición en los comportamientos perversos o aun en el estrechamiento neurótico de las formaciones reactivas.

En el texto sobre Leonardo, Freud precisa que la sublimación, salida desexualizada de la pulsión, se constituye precozmente y dice incluso desde el origen. Jean Laplanche retoma este problema metapsicológico fundamental para nosotros haciendo un paralelismo entre el apuntalamiento que va de las pulsiones de conservación del yo a la pulsión sexual y a la sublimación, que sería un movimiento inverso al que iría de la pulsión sexual a las pulsiones del yo. Apuntalamiento y sublimación estarán, pues, en la articulación misma de la pulsión sexual y en el funcionamiento dinámico del yo. La sublimación estaría en esta perspectiva salida del Eros, neogénesis de la sexualidad, según Kurt Eisler.

Se puede perfectamente concebir que la trayectoria del adolescente está marcada por un traumatismo, definido por una sobreexcitación mal controlada por el yo y es bien esto lo que se siente al contacto de nuestros jóvenes pacientes. La relación terapéutica se inscribiría como figura sobre un fondo caótico, figura que tiende a poner orden en el sentido de contribuir a las soluciones sublimatorias cara a la efervescencia erótica. En este juego económico complicado, el psicoterapeuta debería intervenir en el sentido precisamente de las vías de desahogo utilizadas por el yo, es decir, en la perspectiva de una creatividad valorizante. En seguida pensa-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

rán ustedes, ¿pero cuáles son las reglas de ese juego? Si fuera preciso resumirlas tendría tendencia a precisar que no hay ninguna. Es porque el psicoterapeuta está ahí, disponible, sin excesivas contraactitudes agresivas o moralizantes que él permite al adolescente un reinvestimiento del exterior y una superación de la cerrazón narcisista, y es por esto por lo que el adulto podría eventualmente ayudar y mantener al adolescente a través de esa tormenta del desarrollo, a la búsqueda de un nuevo equilibrio menos ardiente[1]. Objeto transicional entre lo interior y lo exterior, podría ser fetiche en otro momento, como lo ha dicho Evelyne Kestemberg, a la vez muerto y viviente, pero utilizable porque está disponible y en el buen lugar, es decir, en el lugar mismo donde el adolescente crea aquello de lo cual necesita. Ejercicio seguramente difícil, exigiendo, como ya se ha dicho, por lo menos modestia, puesto que en este movimiento triunfalista del joven paciente, el objeto es sucesiva y totalmente descalificado o valorizado de una forma que no tiene nada que ver con su proia naturaleza. Yo he tenido la ocasión de decir que el estudiante se encuentra en una realidad marcada por su conflicto con el ideal del yo metaforizado en sus relaciones con sus profesores. Es bien la situación del adolescente en su relación con su psicoterapeuta. Aquí se encuentran movilizados sus proyectos existenciales, las esperanzas de su self y los deseos de ser. En su inseguridad narcisista, el objeto reencontrado es investido de la omnipotencia perdida. Laufer lo recuerda, el adolescente, en la negación de su heteronomía, intenta anular toda dependencia cara a los objetos originales y busca ideales neoformados sobre los cuales apoyarse. En ese sentido el psicoterapeuta debe asumir esta proyección, situación que no puede menos que movilizar su malestar contratransferencial, de una parte por la grandiosidad proyectada en él, mientras que nosotros sabemos bien que esta imagen que el adolescente tiende a hacer del terapeuta es ridícula, al mismo tiempo que intensamente solicitante de algo que nos habita profundamente, es decir, en nuestra propia realidad interna, me gustaría decir venciendo mi temor a poder ser mal comprendido, nuestra verdad personal. Y es a este nivel al que yo vuelvo, a mis intenciones del principio, es decir, de una parte la gran tentación de querer curar y, de otra, dentro de una tendencia parental, el desearse hacer un discípulo.

Yo desearía hacer aquí un corto paréntesis sobre el lenguaje en la relación terapéutica con el adolescente, diálogo que puede ser pervertido, como dice Pierre Mâle, por el sentido diferentemente adjudicado a las palabras de parte del adulto y de parte del adolescente. En efecto, el médico se encuentra confrontado a un discur-

[1] *N. del T.:* Brûlant: quemante, doloroso.

so poco coherente y el sistema de referencia lingüístico que pone en relación dialéctica al adulto y al púber puede estar infiltrado de sentidos paradógicos que podrían no ser percibidos por el adulto y de ahí llevarle a una incomprensión de las señales emitidas por su paciente. El niño mayor abusa fácilmente de un lenguaje adultomorfo, podría incluso decirse que sus posiciones racionalizadoras son superadultas, como lo dice Pichón. Pero, al mismo tiempo, las palabras connotadas de una carga mágica, y al ser usadas por el adulto, toman, desde el punto de vista del paciente, un valor dinámico que podría engañar al adulto. «En el intercambio formal del lenguaje, donde a menudo las palabras no tienen la misma significación para las dos partes, la palabra clave es justamente aquella que reencuentra exactamente el punto que debe ser alcanzado» (Pierre Mâle). En realidad, es bien esta la misma situación que podemos reconocer en la relación con el paciente obsesivo, en la cual la palabra misma, no separada de los objetos internos, es decir, perdiendo su distancia simbólica, se convierte en representante de la pulsión en el sentido más clásico del término (ecuación simbólica).

El psicodrama analítico es una forma de aproximación terapéutica que permite paliar o disminuir estas dificultades de la mejor manera. Reuniendo varios psicoterapeutas, el grupo de yo auxiliares, el adolescente se encuentra confrontado, de una parte, con varios lenguajes y puede diluir el discurso en una acción teatral o dramática lúdica que a la vez permite una representación en el espacio de la escena psicodramática de sus afectos y permitiéndole a la vez tomar una distancia respecto a la función del juego. Al mismo tiempo, el agrupamiento en el mismo espacio de varios personajes evita una relación dual y su referencia mediata a las posiciones precoces regresivas y pregenitales. La regresión, que es tanto mejor controlada en su permanente referencia a la diferenciación sexuada de los yo auxiliares y del mismo lenguaje, a menudo investido de fuerzas patógenas disociantes, puede ser transcendida por el juego del cuerpo inmediatamente reinvestido en espejo en el juego de los psicoterapeutas auxiliares.

Pero yo no deseo aquí valorizar una forma más que otra de aproximación al adolescente, puesto que creo profundamente que toda estrategia puede ser buena, corta o larga, individual o grupal, psicoterápica, psicoanalítica, siempre que la relación con el adulto pueda inscribirse en el movimiento de alivio pulsional que yo he intentado elaborar anteriormente. Por esto, los intereses del sujeto serán tomados en cuenta, serán valorizados en el discurso del psicoterapeuta, incluso si éstos tienen una función defensiva, es decir, una dimensión de distanciación en la relación terapéutica. Yo creo que nunca he hablado tanto ni tan a menudo de fútbol, auto-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

móviles, barcos, política, religión, filosofía que con mis jóvenes pacientes, sin por ello tener el sentimiento de perder o hacerles perder el tiempo.

Como se entiende, yo me niego a construir aquí un manual de cómo llevar a cabo la aproximación terapéutica del adolescente, no pudiendo ser que infinitamente flexible, móvil, refiriéndose ciertamente a lo que se ha afirmado ser la precesión de la contratransferencia en la constitución de una metapsicologia, es decir, de una explicación reductiva como he dicho anteriormente, del desarrollo pubertario, pero marcada por una puesta en causa personal y continua de lo que es el psicoterapeuta cara a su paciente en su realidad interna más que no importa en qué otro paciente, es decir, su autenticidad. Es por lo que yo pienso que el encuentro verdadero con una joven o un joven no puede ser el hecho de no importa qué psicoterapeuta. Este reencuentro, sea un minuto o una hora, es un tiempo de verdad. Puede ser también una cierta ascesis del médico, siempre nuevamente confrontado con sus propias argucias, sus defectos, sus mentiras o sus soluciones cojas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

SALUD MENTAL Y GRUPOS DE PREVENCION PRIMARIA EN UN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Por L. Fernando CABALEIRO FABEIRO
y Amparo ESCRIVA CATALA

Introducción

Antes de referirnos a los grupos nos parece absolutamente necesario señalar, aunque sea muy someramente, el contexto en que tienen lugar. Estos grupos a cuya experiencia vamos a hacer referencia, se organizan dentro del programa Materno-infantil que llevamos a cabo en el Centro de Promoción de la Salud del Distrito Municipal de Retiro. En dicho Centro trabajamos una serie de profesionales (dos ginecólogos, una o dos matronas, uno o dos médicos internistas, un pediatra, dos o tres psiquiatras, uno o dos psicólogos, una asistente social, un A.T.S. pediátrico y personal auxiliar sanitario y administrativo). El Centro tiene encomendada, a parte de dar asistencia a la población de beneficencia, el desarrollar una serie de programas preventivos de salud y entre ellos el Programa Materno-infantil en el que participamos aproximadamente la mitad de la plantilla.

Con dicho Programa pretendemos contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones preventivo-asistenciales en la mujer embarazada, su pareja y el niño durante sus primeros años de via. El Programa está dirigido fundamentalmente a la población del Distrito de Retiro, pero siempre, por diferentes circunstancias, se extiende a una población más amplia.

Vamos a tratar de hacer una descripción cronológica de las actividades del Programa, porque nos parece más amena que la descripción por propósitos, objetivos, metodología, etc.

El Programa podemos decir que tiene tres partes. La primera comienza con un trabajo de propaganda y difusión del mismo que no vamos a describir aquí pero baste decir que en la actualidad la mayor parte de las solicitudes para entrar en el Programa son de personas que tienen que ver con actuales o antiguos participantes

en el mismo. La gente se inscribe por riguroso orden de llegada, aunque a veces damos preferencia a situaciones que consideramos de riesgo.

Una vez que una pareja queda inicialmente inscrita, se le convoca para que tengan lugar cuatro entrevistas en un total de dos horas de tiempo. En estas entrevistas con la Asistente Social, con un profesional de Salud Mental, con el Tocólogo y con el Internista, se trata de realizar una primera toma de contacto en la que se les exponga detalladamente el programa, se les acoja, se evalúe la existencia de factores de riesgo biológico, psicológico y sociales, y se les oferte la posibilidad de consultar a lo largo del Programa los diferentes servicios del mismo.

A partir de estas entrevistas, la pareja quedará asignada a un grupo de otras parejas, que tendrán en común sus fechas probables de parto muy próximas entre sí.

Aproximadamente en el séptimo mes de embarazo, el grupo se reúne la primera vez y van a venir al Centro cinco lunes seguidos por la tarde. A las 6 de la tarde vienen sólo las mujeres e inician un curso de respiración para el parto con la matrona; después tiene lugar la relajación que la llevamos a cabo los profesionales de Salud Mental, y más tarde vienen los maridos y tiene entonces lugar una charla que cambia cada lunes y que va abordando con los diferentes profesionales del Programa temas referentes al embarazo, parto, maternidad y paternidad en sus diferentes dimensiones bio-psico-sociales. Aquí se termina la primera parte del Programa.

La segunda parte suele comenzar con la llamada telefónica del marido inmediatamente después del parto de su mujer. Si no hay problemas graves que nos lleven a visitar a la madre en la Maternidad, se cita a la pareja para una doble entrevista pediátrica y de Salud Mental. En ella se evalúa de nuevo la situación después del parto y, cuando es necesario, se comienza un seguimiento individualizado.

A partir de este momento los padres traerán a revisión pediátrica 7 veces a su hijo hasta que éste llegue a los 2 años de vida. Estas revisiones se aprovechan para hacer todas las vacunaciones. A lo largo de este tiempo existe toda una colaboración entre Salud Mental y Pediatría que no podemos detenernos a comentar.

Además, cuando la última de las embarazadas del grupo ha dado a luz, se convoca al grupo a un segundo ciclo de charlas (una

por semana, cuatro semanas seguidas). Dos charlas corren a cargo del Pediatra y en ellas se abordan múltiples aspectos de la salud, la enfermedad y los cuidados del niño. Esas dos charlas incluyen una pequeña participación del ginecólogo que aborda el tema del puerperio y oferta el Programa de Planificación familiar. Las otras dos charlas corren a cargo de Salud Mental y a ellas nos referiremos enseguida.

A los dos años de vida del niño termina la segunda parte del Programa y una tercera parte, que se dirige al trabajo con las Guarderías del Distrito, no la vamos a desarrollar aquí.

Vamos a centrarnos ahora en las actividades de grupo de la primera y segunda parte del Programa. Cada una de ellas no podría entenderse fuera del contexto al que nos hemos referido. Pensamos que el clima de los grupos no sería el mismo de no haber tenido lugar una entrevista inicial con la pareja, entrevista en la que cuidadosamente tratamos de crear un contacto distendido y cálido, a la vez que con la suficiente distancia como para ejercer nuestra función psicoterapéutica si fuera necesario. El clima del grupo tampoco podría entenderse plenamente si las parejas no supieran que íbamos a mantener un contacto con ellas durante dos años y medio, lo que les da una importante perspectiva de continuidad en el tiempo. Asimismo no se podría entender la atmósfera del grupo sin tener en cuenta la fuerte motivación que está en el origen, es decir, las inseguridades e inquietudes ante la tarea de ser padres y el deseo de poder asumirla.

La relajación en grupo

El grupo de relajación se establece, como veíamos, a lo largo de cinco sesiones con un ritmo de una vez por semana.

Nos hemos inspirado en las concepciones de Ajuriaguerra haciendo sin duda una adaptación al contexto.

Existen otras formas de hacer una relación como puede ser el método de Jacobson utilizado por mucha gente para la preparación al parto y que puede ser útil a la mujer desde el punto de vista mecánico. El Schultz no es tampoco nuestro estilo, aunque puede mostrarse eficaz y adecuado en muchos casos. Nosotros orientamos la relajación de otro modo, procurando, por ejemplo, dirigirnos mucho al cuerpo como conjunto y como unidad para no favorecer fenómenos disociativos en personalidades propensas a ellos. En el Schultz la sugestión es la columna vertebral. Pero pensamos que con

la sugestión, dirigiéndonos a grupos en los que podemos encontrarnos con personalidades border-line o con estructuras psicóticas, corremos el riesgo de que se produzcan crisis de despersonalización. Es muy diferente decirle a alguien: «*Mi* brazo *está* muy pesado» o decirle «*Su* brazo *pesa* mucho» o todavía «*Puede quizás sentir* el peso de su brazo».

El método de Ajuriaguerra se basa mucho más en la invitación que en la sugestión y es por tanto más respetuoso con la persona y con sus propios sentimientos de identidad. Es la concepción de la relajación que, a nuestro modo de ver, se acerca más al modelo piscoanalítico, más incluso que otras técnicas que se autodenominan psicoanalíticas.

Ni que decir tiene que no se trata aquí ni de interpretación, ni de psicoterapia psicoanalítica. Pero sí de una experiencia que pretende ir más allá de un ejercicio gimnástico que ayuda a descargar tensiones y a dar a luz con menos dificultades en la dinámica muscular.

Sin duda que pretendemos que la mujer pueda alcanzar un grado de distensión y de descanso profundo entre contracción y contracción, que le permita sobrellevar con holgura un esfuerzo físico tan grande como es el que realiza durante el período de dilatación que antecede al parto. Pero buscamos algo más, y es que la mujer retome contacto con su cuerpo. Cuerpo a veces olvidado, maltratado, enajenado, prohibido u objeto de las más diversas fantasías. Imagen del cuerpo en la que laten arcaicas imágenes parentales. Se trata, a nuestro entender, de favorecer que a lo largo del corto proceso de relajación, la mujer pueda redescubrir las huellas de los buenos investimientos maternos. Aquellos que le hicieron sentir su cuerpo —como decía Ajuriaguerra— como un lugar de afectos o de caricias. Su cuerpo como algo bueno y valioso. Como una parte de él es vivido el futuro bebé que lleva en su vientre y lo que consideramos importante —y aquí cobran relevancia nuestras pretensiones preventivas y de promoción de la salud— es que las representaciones fantasmáticas que de ese bebé empieza a tener la madre, participen ya del descubrimiento que ella va haciendo de los buenos cuidados físicos y afectivos que le prodigó su madre y que esto sea matriz de investimientos adecuados del bebé después del parto.

Pensamos que la experiencia de la relajación puede ser para la mujer embarazada un lugar de reencuentro y de reconciliación con la madre.

La experiencia que proponemos a las embarazadas va, por tanto, más allá del cuerpo físico y entreabre con prudencia y sigilo el desván del cuerpo fantasmático simplemente buscando con un haz de luz localizar y despertar las buenas experiencias del cuerpo de la mujer con su madre.

La Charla del período de embarazo

Hacia el séptimo mes de embarazo tiene lugar una charla en la que se abordan las fantasías de los padres durante el embarazo, la primera relación madre-hijo y el lugar del padre.

La dinámica de estas sesiones se desarrolla motivando un coloquio con los participantes y entre ellos, acerca de las inquietudes, ideas y sentimientos que suscita el embarazo, el parto y la primera relación de los padres con el bebé.

Son muchas las vivencias que poco a poco van apareciendo, de forma más o menos solapada, sobre el tapete: El miedo a tener un hijo anormal, deforme, con taras, el miedo a un accidente grave o vital durante el parto, el sentimiento de estar viviendo algo increible con estados de plenitud de ánimo, las inseguridades en cuanto a ser capaces de funcionar como buenas madres o padres, los deseos de apego y sometimiento a la madre o el distanciamiento de ella en las mujeres, los sentimientos de envidia de la maternidad y los celos del bebé en el hombre, etc., etc.

Todo da la impresión por un momento de que los niños que los padres han sido y que ahora se han despertado en ellos, se encuentran de pronto confrontados con la maternidad o la paternidad. Esta versión de los acontecimientos ayuda sin duda a mejor entender algunas reacciones y vivencias importantes a los futuros padres.

Se aborda también en el coloquio el paso de la vida a dos a la vida a tres y los cambios y problemas que esto conlleva.

Los futuros padres participan activamente en el coloquio y poco a poco van dejando entrever sus deseos e inhibiciones para realizar funciones maternas en mayor o menor medida, si bien el rol más específico del padre acaba en general decantándose como un rol de apoyo y protección de la función materna.

Nuestro abordaje de la maternidad y de la paternidad lo hacemos no sólo como el de dos funciones necesarias para el niño sino también para los propios padres.

Las dos charlas de después del parto

Cuando las mujeres ya han dado a luz y después de que hayamos tenido una entrevista individual con los padres y el niño recién nacido, tienen lugar estas dos charlas. Es interesante señalar el clima que se crea en el grupo, que ya tiene entonces una pequeña historia y una cierta consistencia. Terminadas las charlas, las madres siguen hablando entre ellas, mostrándose unas a otras sus bebés e intercambiando sus experiencias y emociones.

En la primera charla abordamos el desarrollo psíquico del niño y las diferentes formas de comprensión que él va teniendo del mundo que le rodea y vamos viendo también la aparición progresiva de sus distintas necesidades e intereses.

En un intercambio constante de opiniones con el grupo, tratamos de ir como adivinando con madres y padres qué es lo que el niño vive, qué es lo que le gusta o lo que le desagrada. Vamos recorriendo el trayecto que a lo largo de los meses y de los años conduce la mentalidad del niño a una similar a la nuestra, y de esta forma facilitemos a los padres una mejor comprensión del mundo infantil. Que la forma de ser del niño sea entendida siempre como la de un ser en evolución y no como una forma de ser definitiva que consolide circuitos relacionales rígidamente repetitivos o fijaciones.

Evitamos por todos los medios las descripciones científicas o eruditas del desarrollo del niño. Nos parecería, por ejemplo, desafortunado que nuestra actitud propiciase que algún padre o madre saliese del grupo sintiendo la imperiosa necesidad de leer para entender a su niño porque se lo hubiésemos presentado como muy complicado o inasequible. Otra cosa es despertar la curiosidad reposada y el interés natural por saber algo más de sus hijos. Tratamos en la charla, sobre todo, que los padres puedan descubrir sus propios recursos para entender a sus bebés.

Si en esta primera charla intentamos construir un film que correspondería a los acontecimientos que van teniendo lugar en la mente del niño, en la segunda charla, los padres dejarían de ver los toros desde la barrera y con ellos construiríamos otro film que sería el que tiene lugar en el mundo de las representaciones y de los afectos de los padres cuando se ven confrontados con las muy diversas situaciones que jalonan el desarrollo de su hijo.

Consideramos de interés el llegar en estas dos charlas hasta

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

la salida de la adolescencia. Es evidente que apenas dedicamos unos minutos a charlar de esos períodos tan alejados de la relación con sus bebés, pero nos parece interesante de algún modo cerrar el ciclo allí donde culmina la historia de ellos mismos con sus padres y empieza la de ellos con sus hijos.

La conversación con el grupo se centra en los primeros meses, sobre todo, y en los primeros años de vida: Cómo van evolucionando las funciones parentales, las emociones y escollos que van encontrando, o se trata de temas tan candentes como a quien dar a guardar el niño (a la guardería, a la abuela, a una chica, o si la madre debe quedarse en casa...).

Nos quedamos con las ganas, por el momento, de reencontrar una o dos veces más a estos grupos, cuando los niños tengan, por ejemplo, tres y cinco años.

Características y presupuestos básicos de los grupos

En la primera versión que concebimos del Programa no por casualidad llamábamos a estas tres charlas «grupos informativo-elaborativos». En efecto, aún actualmente, partimos de algunos presupuestos o características de base que creemos que configuran una determinada atmósfera y una determinadas posibilidades preventivas en la experiencia grupal. Veamos algunos de estos presupuesos y características básicas del funcionamiento de estos grupos:

1. Existe con frecuencia un cierto y bien entrecomillado «clima pretransferenial» favorecido por esos tres elementos mencionados: la primera entrevista con la pareja, la perspectiva de dos años y medio de trabajo con ella, y la propia situación de inseguridad que les lleva a una intensa demanda con un cierto grado de dependencia. Quizá pudiéramos todavía añadir que el carácter integral del Programa con el abordaje de las tres dimensiones biológica, psicológica y social de la situación, constituye un encuadre o un marco que puede ser vivido como «holding» y contribuir así a este «clima de pretransferencia».

2. A este clima pretransferencial contribuye otra de las características específicas de estos grupos, que consiste en que debido a la confrontación con el embarazo, parto y crianza, se producen rápidamente en el grupo una serie de fenómenos regresivos que abarcan las distintas experiencias ligadas al período de separación-individuación y a los procesos de duelo. Estos fenóme-

nos regresivos surgen de forma masiva y la mujer embarazada o puérpera manifiesta en estas circunstancias una gran plasticidad psíquica, que nos parece que la hace particularmente receptiva tanto a los fenómenos de grupo como por supuesto a los contenidos a los que hemos aludido.

3.– Existe en estas charlas un aspecto informativo indudable que cumple sus funciones y que representa también un lugar de contraste y de confrontación de las fantasías con la realidad. Pero además cuando nuestra información, o mejor, nuestra forma de comprender, hace referencia y abre posibilidades de entendimiento a esas mismas fantasías, pensamos que nuestro discurso puede funcionar como la chispa que enciende un proceso elaborativo.

4.– Procuramos no dar más que la información necesaria y partimos de antemano de que el grupo posee información que puede ser más o menos cierta, pero que toda ella nos interesa y nos resulta válida. La que es una información correcta, porque lo es; y la que no lo es, porque tras ella se agazapan mitos y fantasías que pueden ser compartidas por varios participantes y, por tanto, también objeto de una cierta comprensión en el grupo. Sabemos bien que en la mayor parte de los casos es prácticamente imposible que una nueva información pueda modificar fantasías fuertemente investidas. Pero en nuestros grupos la información suele tener un sentido anticipatorio cuyo valor preventivo quizá no reside tanto en los contenidos – que pueden ser algo segurizantes y disipadores de algunas ansiedades – como en todo lo que sucede en cada miembro del grupo cuando se está hablando y por tanto imaginando lo que podrá ser vivido (Por ejemplo cuando el bebé nazca y la madre esté dándole de mamar, o cuando el padre contemple esta escena). Las identificaciones de un miembro del grupo con otro que pueda más fácilmente soltar la cometa de su fantasía, su confrontación con el hecho de que el grupo se autoriza a imaginar lo que a él tanto le cuesta, o el sentir como el grupo afronta con serenidad el tema de sus miedos, todo ello no puede más que inaugurar para alguno de los asistentes un nuevo espacio consciente o preconsciente de un valor preventivo inestimable.

5.– Podríamos decir que nuestra palabra en el grupo no se dirige con bastante frecuencia directamente a sus miembros, ni siquiera al grupo. De hecho puede ser entendida por los participantes sin la intencionalidad de concernirles. Por ejemplo, cuando reflexionamos en alta voz sobre lo que en ocasiones nos parece que puede vivir un marido, una mujer embarazada o una madre, en tal o cual circunstancia. Este tipo de discurso lo consideramos como muy característico del que utilizamos en nuestros grupos y pensa-

mos que con él ponemos a disposición de los participantes determinados elementos que pueden resultar de su interés y que pueden provocar «insight» o movimientos elaborativos. Es un discurso que no constriñe, que se mueve en un espacio muy amplio y que por tanto no provoca fuertes movimientos resistenciales. De él pensamos que pueden beneficiarse bastante, quizá sólo algunos miembros del grupo y posiblemente los más sanos, aquellos que se atreven a sentir que lo que estamos diciendo puede concernirles.

Pues bien, terminando ya, nos parece importante señalar que todas estas actividades de grupo cumplen en todo caso una función, y es que son muchas las consultas adecuadas que los participantes en el programa vienen a hacernos al Servicio de Salud Mental y que no lo sabemos, pero tenemos la fuerte sospecha de que nunca las hubieran hecho si no hubiesen participado en estas actividades grupales preventivas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1986;1