CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

M. SOULÉ y B. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido»

M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas»

M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención»

L. F. CABALEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil»

Comunicaciones libres

J. PERTEJO: Recesión

N.° 6 1988

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

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
Mª del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:
Luis Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:
Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:
Marian Fernández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:
Marian Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

M. SOULÉ y B. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido» 7

M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas» 37

M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención» 59

L. F. CABALEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil» 87

Comunicaciones libres 115

J. PERTEJO: Recesión 147

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

Imprime Suministros Grafimar, S. A.
Depósito Legal M-35677-1985

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

El siguiente texto recoge la presentación de un vídeo y su posterior discusión, dentro de las sesiones del III Congreso de SEPYPNA.

El vídeo muestra una serie de entrevistas realizadas por el profesor MICHEL SOULÉ con una mujer que ha sufrido la experiencia de la muerte súbita de un hijo. El resumen del vídeo ha sido escrito por el propio profesor Soulé.

El aspecto teórico que sigue, así como la discusión en el Congreso, se deben al profesor BERNARD GOLSE.

Hemos publicado el texto íntegro de su alocución, tal cual la leyó en el Congreso, para mantener el aspecto, más vivo, de un texto para leer y no para ser transmitido por escrito.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ASPECTOS PSICO-DINAMICOS DE LA MUERTE SUBITA (INOPINADA) DEL RECIEN NACIDO (MSRN)

Por M. SOULÉ * y B. GOLSE **

Antes que nada debo dar las gracias a los organizadores de este congreso tan fecundo de la oportunidad que ha sido ofrecida a esta contribución francesa sobre la MSRN.

También debo pedirles que me excusen por no ser más que yo mismo. En efecto, inicialmente era el profesor Michel Soulé quien debía venir a presentarle su trabajo, pero, lamentablemente, no ha podido hacerlo y es por ello, por lo que me ha encargado de varias misiones cerca de ustedes:

— Primero, la de transmtirles su profundo pesar por no poder estar hoy entre ustedes, con la ocasión de este congreso que le interesaba vivamente y del que se alegraba mucho.

— De decirles después toda la importancia que él atribuye a este documento audiovisual que vamos a ver jun-

* Profesor de Psiquiatría Infantil (Universidad París V).
** Psiquiatra de Hospitales. Unidad de Psiquiatría Infantil. UPI. Hospital San Vicent de Paúl (París).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tos y que le parece ejemplar desde múltiples puntos de vista.

El ha trabajado mucho sobre este documento en previsión de su presentación aquí.

— También de representarle frente a ustedes, lo que bien seguro es una responsabilidad teniendo en cuenta la competencia, la notoriedad y la personalidad de Michel Soulé, que todo el mundo conoce, lo que no me cabe duda.

Sin que yo tenga ninguna ambición de poder paliar su ausencia, al menos Michel Soulé me ha hecho el honor de pensar que yo podría representarle aquí, en la medida en que yo dirijo un servicio de psiquiatría infantil y un hospital de día para niños pequeños autistas y psicóticos, ambos funcionalmente asimilados a su intersector, y porque yo comparto con él la responsabilidad de la enseñanza de la psiquiatría infantil en una de las facultades de París.

Le doy las gracias por ello, y trataré de cumplir lo mejor posible la función que me ha sido confiada hoy. Les propongo por tanto visionar primero la banda realizada por Michel Soulé. Después diré algunas palabras sobre nuestras concepciones sobre la MSRN, notas puntuales que introducirán también la discusión de conjunto.

PRESENTACION DE UN DOCUMENTO CLINICO REGISTRADO EN VIDEO

Está constituido por la sucesión de varias consultas registradas íntegramente en toda su extensión. Es una pareja que se expresa en diferentes etapas de su vida.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

a) Después de la muerte de un hijo por muerte súbita a la edad de tres meses.

Esta primera consulta se sitúa cuando la madre está embarazada del hijo siguiente, muy poco tiempo después de la muerte de Thomas. Ella está inquieta por saber si debe someterse a una monitorización.

Con ocasión de esta consulta, el padre y la madre vuelven a recordar todo lo que han vivido: pesar, dolor, dificultad para hacer un duelo. Dudas respecto a si tener o no otro hijo.

b) La consulta siguiente recuerda las dificultades sobrevenidas durante los primeros meses de Lise, que sufre trastornos funcionales: trastornos del sueño, fobias al adormecimiento, dificultades alimenticias.

Se descubre que la relación entre Lise y su madre es muy particular. En una relación muy simbiótica, la madre vive una angustia muy profunda, temiendo muchas dificultades para Lise. Ella misma no se decide a decirle a su hija la verdad sobre la vida y la muerte de su hermano mayor Thomas.

Utiliza incluso ciertos procesos que mantienen la confusión.

c) En el curso de las consultas siguientes, los padres

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

van a completar la observación, abordando, por ejemplo, los siguientes temas:

— Inquietud sobre el porvenir de Lise.

— Dificultad para decirle la verdad.

— Relación muy deteriorada entre la madre y su propia madre.

— Historia de la familia con desgracias que afectan a los niños en cada generación. La última de esta serie de desgracias sería la muerte de Thomas.

Durante todas estas consultas, los padres dan prueba de una gran sinceridad, de franqueza, y testimonian una elaboración personal. Ellos abordan la mayor parte de los problemas que se plantean tras la muerte de un hijo muy joven y también las dificultades que pueden tener en las relaciones con el niño siguiente (confusión, dificultad para reconocer su identidad, su autonomía).

Desde este punto de vista, el auditorio asiste al abordaje y a la exposición de todos los problemas que plantea la muerte de un hijo muy pequeño.

El médico (Prof. Michel Soulé) interviene poco y únicamente solicita cada nueva entrevista. Sin embargo, como clínico que conoce bien los problemas en cuestión y no tema encontrarse con todos los intensos afectos que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

suscita la muerte súbita de un bebé, permite que sean abordados la mayor parte de los temas de inquietud y, consecuentemente, hacer evolucionar a los padres.

Estos van a reencontrar un funcionamiento normal con Lise, con la vida y quizá con un nuevo hijo.

REFLEXIONES SOBRE LOS ASPECTOS PSICO-DINAMICOS DE LA MSRN

La MSRN es una modalidad de muerte reconocida y reportada desde hace siglos, pero que sin embargo ha tomado toda su importancia en el curso de los treinta últimos años, en razón de la disminución de la mortalidad infantil. En los países desarrollados es actualmente la manera de morir, parece, la más frecuente entre el primer mes y el primer año.

La epidemiología de la MSRN permanece todavía imprecisa, pero normalmente se estima que se dan entre uno y tres casos por mil recién nacidos vivos.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en reconocer a la MSRN un origen multifactorial, pero es importante mantener la idea de que las hipótesis patogénicas más en boga en un momento dado son, sobre todo, reflejo de las preocupaciones de la(s) disciplina(s) médica(s) que promueven las investigaciones en este terreno en la época en cuestión.

Mi propósito no es el de evocar ante ustedes los as-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

pectos **pediátricos** de la MSRN, sino solamente los aspectos **psicológicos** y **psicopatológicos** de este fenómeno.

Lo haré brevemente a la luz de los trabajos que han sido realizados sobre este tema por el equipo reunido alrededor de M. Soulé, desde hace varios años, en el Instituto de Puericultura de París. Se trata de un equipo pluridisciplinario, punto este que nos parece esencial.

Los aspectos psicodinámicos de la MSRN se organizan según tres ejes principales:

A) El lugar de la psicogénesis en el determinismo de este accidente.

B) Las implicaciones psicológicas de este traumatismo sobre el grupo familiar (padres y fratria) en el momento de la MSRN y su curso inmediatamente posterior.

C) La repercusión, en fin, de la MSRN sobre el investimiento del embarazo siguiente y sobre el desarrollo del eventual hijo.

A) ¿EXISTE UNA PSICOGENESIS DE LA MSRN?

1. Ustedes saben que con el desarrollo de la psiquiatría del lactante, ciertos autores han querido ver en la MSRN, un **verdadero equivalente suicida.**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Esta idea, sin duda tiene motivos para chocar por su connotación de decisión deliberada y de lucidez existencial, poco probable a esta edad.

2. Es aquí donde sería preciso discutir también el concepto de **«madre mortífera»** del que se ha hecho tan mal uso.

   Probablemente existe todo un continuum que va desde las servicias y los malos tratos patentes hasta las intenciones de descuido inconscientes (H. STORK) pasando por la simple inconsecuencia parental pero, en todos los casos, nos parece que el término de mortífero no puede ni debe nunca tomarse en una aceptación primaria.

   No es posible el amor sin ambivalencia y establecer un lazo directo de causa-efecto entre la MSRN y la agresividad materna más o menos inconsciente, constituye lo más a menudo una reconstrucción a posteriori (aprés coup) ligada a la culpabilidad parental misma o a una elaboración teórica simplificadora y abusiva. Unicamente son de consideración los defectos de contra-investimiento del sadismo parental normal, sadismo inconsciente que puede encontrarse dramáticamente actualizado por la MSRN, sin que, sin embargo, pueda ser incriminado como un determinante directo de este incidente, salvo quizá excepciones.

3. Por nuestra parte, consideramos más la MSRN, como **el fracaso de una reacción de alarma del lactante,** fracaso psicosomático que tiene en la MSRN, la vía final común a todos los stress del

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

desarrollo que pueden ser enormemente diversos y complejos.

Estos stress pueden tener un origen somático y se sabe que cualquier afección pediátrica puede aparecer bajo formas fulgurantes que serán descubiertas en la autopsia (reflujo gastro-esofágico, enfermedades infecciosas...).

Pero estos stress también pueden, probablemente, ser de origen psíquico o mixto, es decir, somato-psíquico.

En la perspectiva de los stress psíquicos, nosotros concedemos una gran importancia a las **discontinuidades interactivas** de las cuales los autores como M. FAIN, L. KREISLER y M. SOULÉ mismo, han mostrado la posibilidad de repercusiones psicosomáticas gravísimas, a través de una perturbación de la espiral transaccional.

En efecto, incluso en casos de afección pediátrica, el momento de la MSRN no es, sin duda, debido al azar y se encuentra muy frecuentemente la noción de ruptura(s) interactiva(s) en la(s) hora(s) precedente(s).

Recordemos, sin embargo, que no hay sociedad alguna en la cual el niño no se vea confontado más que a una sola mujer, es decir, a un único estilo interactivo.

MARGARET MEAD ya insistió sobre este punto.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

No solamente como lo dice D. W. VINNICOTT, «un lactante, eso no existe», pues está siempre su madre, pero también hay otra **mujer** u otra instancia.

El problema de nuestras sociedades occidentales es que estas discontinuidades y estas variaciones interactivas, se organizan en franjas horarias sucesivas (casa, guardería, nodriza, abuelos...), lo que le plantea al bebé un cierto número de dificultades bien objetivadas por la observación directa de lactantes confrontados a estilos interactivos eventualmente contradictorios.

Estas dificultades pueden ser en ellas mismas insuperables o bien hacer insuperable un acontecimiento pediátrico intercurrente. Las posibilidades de adaptación del bebé se ven entonces desbordadas, desembocando quizá en una **sideración psicosomática** responsable de la MSRN. Dicho de otro modo —y esto en la óptica de P. Marty— la MSRN nos ofrecería el ejemplo de una ruptura del equilibrio entre los dos grupos de instintos fundamentales, a saber, el instinto de vida y el instinto de muerte. Lo más a menudo, el recién nacido, ayudado por su madre, «opta por la vida», pero si tal es el caso más frecuente, esta «elección» no debe, sin embargo, parecernos fácil y evidente, pues es el resultado de un equilibrio que muchas veces resulta conflictivo.

Simplemente con que la madre está deprimida, ausente, o imprevisible, por ejemplo, que las interacciones precoces sean discontinuas —y esto no agota la lista de las situaciones patógenas—

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

entonces el potencial energético de los instintos de muerte del bebé puede tomar la delantera de una manera duradera a través de tal o cual desorganización psicosomática, o quizá a través de la aparición de una MSRN.

Desde un punto de vista teórico, podemos referirnos aquí a W. BION que nos muestra como la «rêverie» materna y la función alfa de la madre, le permiten acoger las proyecciones de su hijo antes de devolvérselas de una manera desintoxicada. Un fracaso en este circuito puede también mostrarse muy dañino para el niño, y sobre todo a propósito de las señales emitidas en el terreno del dolor.

Esta es, en todo caso, nuestra perspectiva, que deja muy abierta la discusión (a la luz de los trabajos modernos sobre las competencias del bebé y sobre las interaciones precoces) y que relativiza el concepto, en verdad bien precario, de una inmadurez neurofisiológica transitoria al nivel de los núcleos grises centrales neurovegetativos.

Nosotros preferimos con M. SOULÉ razonar en términos de **desobjetalización masiva,** mecanismo que A. GREEN imputa a las pulsiones de muerte, invocando por ejemplo, en el caso de la MSRN, una falla del sistema para-excitación, como parecen indicar ciertas relaciones clínicas y psicodinámicas entre angustia, espasmo de llanto y apnea. Esto remite de nuevo, bien entendido, al narcisismo de muerte tal como lo ha conceptualizado A. GREEN siempre —tanto del lado de la madre

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

como del lado del hijo— (instauración de las bases narcisistas del bebé).

B) IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL TRAUMATISMO

Es un mejor conocimiento de estas implicaciones lo que permite una eficacia creciente en la ayuda, lo antes posible, a la familias.

I. Digamos, de entrada que la MSRN constituye para los padres un **situación de traumatismo máximo.**

1. Incluso sin abordar la cuestión de la culpabilidad edípica de los padres, en cuanto a la vida y la muerte de su hijo, se trata, en efecto, para ellos de un acontecimiento brutal, inopinado, sin ningún elemento anunciador en la mayor parte de los casos y que les llega en un estado de no preparación absoluto.

2. Por otra parte, puesto que sobreviene en los primeros meses de la vida del niño, a menudo tiene lugar en un momento en que el niño real se aproxima por fin un poco al niño imaginario, pacientemente forjado en el psiquismo de los padres a lo largo de su vida y del embarazo. Y ahora, es preciso hacer el duelo brutal de un objeto fuertemente idealizado.

3. Esta MSRN sobreviene también muy a menudo en la época en que la madre está reinvistiendo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

su vida sexual (movimiento que ha sido descrito con el término de «censura del amante») y este rearme de sus investimientos puede ser dramáticamente culpabilizado por la MSRN.

4. La edad tan precoz del bebé no permite, por otra parte, a los padres una identificación fácil con el objeto perdido, como es el caso en el trabajo de duelo habitual.

5. La MSRN es, en fin, a priori, un accidente absurdo, desprovisto de explicación y de significación inmediata, lo que hace la metabolización psíquica particularmente difícil, pues los padres no tienen palabras ni representaciones para establecer sobre el acontecimiento.

Por todas estas razones la MRSN es la fuente de un **terror absoluto** que representa ciertamente la imagen del traumatismo para los padres.

Pero quien dice traumatismo psíquico dice aprés-coup y ¿de qué aprés-coup puede tratarse aquí?

Este es el interés de una investigación y de una escucha psicodinámica profundas que serán lo único que permitirá reencontrar la singularidad de cada historia y ayudar a la elaboración progresiva de un acontecimiento como éste, que de otro modo sería imposible de integrar.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

II. ¿De qué significaciones inconscientes puede ser portadora la MSRN?

1. Igual que en ocasión de cualquier muerte de niño, la MSRN da lugar a una verdadera castración parental.

   — La madre se ve castrada súbitamente de su hijo y de la significación fálica que tiene para ella.

   — El padre se resiente **doblemente** castrado, en razón de lo que él vive como un **doble fracaso** en su función de protección de su mujer y de protección de su hijo.

2. Pero la MSRN introduce una cuestión particular, que priva a la madre de su estatuto de objeto primordial ideal para el hijo. En efecto, en la vivencia de la madre, el niño que muere tan pronto, de alguna manera se refusiona, con la muerte y no con ella, su madre, como en la monada inicial. La muerte se hace así la rival de la madre en tanto que «Das Ding» (la cosa primaria) y para la madre esto constituye una expoliación suprema que actúa como una herida narcisista insondable, que viene a redoblar la castración objetal evocada más arriba.

III. Herida narcisista o castración objetal, los padres viven en cualquiera de los dos casos **una angustia de separación mayor en relación con el hijo.**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En efecto, el niño sirve de soporte, de lugar de proyección, para diversas representaciones parentales.

Su desaparición posterior deja un vacío brutal, extremadamente angustiante y, en Francia, A. GREEN ha mostrado muy certeramente que esta angustia no se debía únicamente a los afectos que quedan flotantes por la pérdida de objeto (Cf. S. FREUD en: «inhibición, síntoma y angustia» 1929) sino que estaba también ligada a la excitación de la búsqueda pulsional.

De alguna manera, el sistema pulsional parental se autoexcita en vacío en la ausencia del objeto-niño, para llamar a este objeto, para suscitarlo y quizá puede, en estas circunstancias, infiltrar ciertos mecanismos de duelo patológico.

En efecto, la pérdida de objeto desestabiliza el sistema de representaciones correspondientes (representaciones de cosas y representaciones de palabras) y por esta razón la delegación que opera las mociones pulsionales sobre los representantes psíquicos se ve gravemente perturbada.

Esto puede conducir a ciertos padres a buscar fantasmáticamente al hijo perdido allí donde ellos saben que no está, como para representárselo mejor, confrontándose a su ausencia.

Hay, sin duda, un riesgo innegable de bloqueo del proceso de duelo a causa de un enrarecimiento del trabajo del negativo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

IV. Añadamos, en fin, que la muerte, en general —y la MSRN en particular— comportan un **dimensión enigmática,** en el sentido amplio del término.

En Francia, es sobre todo J. LAPLANCHE quien ha trabajado el concepto de «significante enigmático», mezcla de desconocido, extraño y sexual.

Son estos significantes enigmáticos los que estarían en la base de la situación de seducción originaria en el curso del desarrollo precoz del niños frente a los mensajes maternos y suscitarían el proceso de represión primaria.

Pero, quizás, la situación se invierte en el caso de la MSRN.

En efecto, son los padres quienes se vuelven a encontrar en la posición de terror —fascinación— seducción a ese lactante enigmático que muere, llevándose sus secretos a la tumba, y sobre todo el secreto del porqué de su muerte.

Frente a este lactante precozmente iniciado en el más allá, evoquemos el **«sueño del lactante sabio»** de S. Ferenczi que nos indica a qué sentimientos de dependencia, de «Hilflosigkeit», estos sueños pueden reenviar por la vía de una inversión de términos manifiesta.

Frente a la MSRN, enigma absoluto que hace de su hijo un **lactante sabio** frente a ellos, nos parece

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

que los padres reviven tal situación de desamparo y de pasividad que les refiere a su Hilflosigkeit inicial personal. Pero aquí, ninguna represión del accidente parece posible, puesto que la muerte es vista y constatada, marcada indeleblemente en la mirada de los dos padres, lo que confiere al momento del descubrimiento del lactante muerto, una importancia capital.

V. Al final de estas anotaciones sobre el impacto psicológico del traumatismo y sin ningún deseo de clausurar la reflexión, insistamos, sin embargo, en la importancia de **la autopsia** que nos parece debe debe ser sistemática, aunque sólo fuera por su efecto extraordinariamente desculpabilizante cuando revela una causa orgánica plausible, incluso aunque sea parcial.

Pero, sobre todo, la autopsia va a reinyectar aquello que es representable en esta situación en la que, como hemos visto, es precisamente lo irrepresentable en sus diversos niveles lo que hace el agujero, lo que hace el shock.

C) SIGUIENTE EMBARAZO Y SIGUIENTE HIJO.

El documento audiovisual que acabamos de ver es elocuente sobre esta cuestión. Digamos algo sobre el problema de la monitorización del niño siguiente que, en cierto número de casos, nace justamente un año después de la muerte del niño afectado por la MSRN

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

(nueve meses de embarazo, después de dos o tres meses de shock psíquico).

Esta especie de nacimiento-aniversario muestra bien claramente la función de «sustitución» o de «reemplazo» que el niño siguiente puede constituir en la dinámica parental. Sin embargo, dejaremos de lado este punto que ya ha dado lugar a numerosos trabajos que insisten todos ellos sobre la dificultad que ha de asumir un niño cuando está preso en una interacción fantasmática que le exige simbolizar la vida, celebrando al mismo tiempo la muerte.

Volviendo al problema de la monitorización a domicilio del niño siguiente, digamos solamente que en este momento, se practica cada vez menos en Francia, aunque aún sea recomendado por ciertos pediatras y reclamado por numerosas familias.

Es reflejo y activador al mismo tiempo de la angustia de los padres, y muy a menudo provee de una ilusión de seguridad cuyo fracaso puede ser dramático pero que, incluso si no fracasa, corre el riesgo de interferirgravemente sobre la calidad de las interacciones precoces (temor a una avería súbita del monitor, como desplazamiento sobre el aparato de la angustia de una MSRN).

Estas son las señalizaciones que deseamos hacer. Por supuesto que no agotan el tema de la MSRN pero —juntamente con el documento visionado— nos parece que a partir de ahora podemos introducir de una manera útil una discusión general.

* * *

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

P.: **Aurora Angulo,** Barcelona. «Lo que más me ha llamado la atención en la emocionante exposición de este caso es **el tipo de intervención,** en el sentido de que ha sido **como un acompañamiento,** digamos, a esta persona, que ha ayudado al desbloqueo del duelo, sin ni siquiera una interpretación de parte del Dr. Soulé.

Yo querría que el Dr. Golse aclarara un poco más el tipo de movimiento psíquico que se ha generado con este tipo de intervención».

R.: El documento en vídeo que se ha visto es la filmación de una serie de lo que nosotros llamamos **consultas terapéuticas**..., yo no sé si este término se utiliza también aquí. Estas consultas terapéuticas cuyos resultados son en ocasiones, cuando funcionan, espectaculares y emocionantes, naturalmente no son posibles en todos los casos.

En este caso, las tres o cuatro consultas terapéuticas que han tenido lugar, me parece que han sido posibles y eficaces, en razón de **dos elementos esenciales,** que ya han sido subrayados por Palacio, en Suiza, en sus estudios sobre la consulta terapéutica.

Primero.—La existencia de una **pre-transferencia positiva** en la madre. Esta pre-transferencia positiva se percibe al final del vídeo cuando ella explica que, de cierta manera, Michel Soulé le ha hecho pensar de pronto en una de sus amigas a quien ella no se lo había contado todo, pero ella, esta amiga, lo sabía, que no se lo había contado todo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Es decir que su amiga estaba en la posición del «sujeto supuesto saber», papel que ella había desplazado de golpe sobre Michel Soulé, sin duda desde la primera entrevista.

Segundo.—El segundo elemento que en este caso determina la eficacia de la intervención terapéutica es que el síntoma que presenta la niña viva, Lise, se inscribe en una **problemática,** para decirlo rápidamente, **neurótica** de la madre, su proyección de nivel demasiado arcaico sobre Lise.

Estas dos condiciones, Pre-transferencia positiva e inserción de los síntomas del niño por el que se consulta, en un nivel neurótico de organización de las interacciones, son esenciales para la eficacia de las consultas de este tipo.

El punto que yo quiero añadir, refiriéndome a su pregunta, puesto que Vd. justamente ha puesto el acento sobre el hecho de que Michel Soulé se limitaba a «acompañar» a la reflexión de la madre, sin intervenciones ni interpretaciones en sentido estricto (aunque en ciertos momentos, como en cualquier intervención, se da un valor de interpretación, ya sea en el silencio o en la aquiescencia discreta), es que lo esencial del efecto terapéutico de este tipo de intervenciones, de estas consultas, me parece ligado al hecho de que la madre, como ella bien dice al final del vídeo, «por una vez ha podido decírselo todo —son sus propias palabras— a una sola persona», es decir ha experimentado por ella misma la toma de conciencia de las relaciones entre diferentes cosas, entre diferentes sectores de reflexión que, hasta

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

entonces, ella mantenía aislados y encerrados. Esta adquisición de los lazos, esta puesta en relación de todo el conjunto, permite tener a Michel Soulé, en estas tres o cuatro entrevistas que ha mantenido, **una función de continente** que, naturalmente, en una perspectiva más profunda, llevaría a la madre a la propia estructura encuadrante de la imago materna.

P.: **Manuel Pérez Sánchez,** Barcelona. «En primer lugar, quiero que el Dr. Golse transmita mi más cálida felicitación al Dr. Soulé por este excelente film.

A mí me parece que, retomando las palabras del Dr. Golse, efectivamente el Dr. Soulé ha sido continente de esta paciente. Mi comunicación de ayer intentaba transmitirles a Vds. que con la observación de bebés lo que yo pretendía no es tanto animarles a que Vds. practiquen la observación de bebés como transmitirles una actitud que queda perfectamente reflejada en el trabajo del Dr. Soulé en este film. De modo que el film es un ejemplo de lo que yo quería transmitirles ayer.

Pero me gustaría decirlo de otra forma: en el film yo he visto «tres personajes a la búsqueda de un autor».

Y estos tres personajes, de alguna forma, encuentran el autor en el Prof. Soulé. ¿De qué manera? Yo creo que esto tenía un argumento: parece que la madre no puede dormir porque no puede soñar, e igualmente, la hija no puede dormir porque no puede soñar.

Y ellas están buscando una historia, reconstruir esa historia. ¿Y cómo se reconstruye esa historia? Yo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

pienso que se reconstruye, y eso queda muy bien plasmado en el film, a través de la **unidad originaria.**

Es impresionante de qué manera hay toda una historia antigua en los padres, de qué manera la madre va buscando esa reconstrucción y no encuentra ayuda en los médicos —y esto me parece muy importante—, porque los médicos intentan darle inmediatamente la solución: «Vd. tiene que tener un hijo».

El Dr. Soulé es atento, flexible y permite que la paciente piense. Yo creo que esto está muy bien plasmado en el film cuando la paciente va de vacaciones y pide a su marido que tenga un papel activo en esa función y pide que la niña participe de ese funcionamiento. Es un ejemplo fantástico y le estoy muy agradecido al Dr. Soulé, de que me permita con sus imágenes expresar lo que es la unidad originaria: la madre pide al padre que se haga responsable y que explique a la hija lo que es el funcionamiento de esa unidad originaria.

Hay una cuestión técnica y es la siguiente: Yo me he sentido incómodo en la primera parte del film, porque he visto una cantidad de papeles entre el paciente y el terapeuta. A pesar de todo, la paciente se ha comunicado excelentemente con el Dr. Soulé.

Eso ha desaparecido en las sucesivas entrevistas y yo creo que han ganado en riqueza, en vigor y en comunicación. La pregunta es: ¿es que en este tipo de entrevistas Vds. utilizan algún cuestionario o la entrevista es más abierta, más libre?».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

R.: Estaré encantado de transmitirle al Dr. Soulé su agradecimiento. En cuanto a su pregunta sobre la cuestión técnica, le responderé al final, ahora sólo permítame una ironía: **para un observador es muy molesto estar incómodo cuando se encuentra observando.**

Ahora quiero referirme a la primera parte de su intervención. Voy a responder a su respuesta, lo que muestra claramente que no hay preguntas, puesto que las preguntas ya son en sí mismas respuestas.

Me permito hacer una pequeña disgresión puesto que, efectivamente, escuché su comunicación de ayer sobre la observación directa y su papel de prevención (creo que no me alejo mucho del tema porque es un complemento a la primera pregunta que se me ha planteado).

A mí me llamó la atención el hecho de que eso que Vd. llamó prevención, mejor dicho, la utilidad de la observación directa para la prevención, descansaba esencialmente sobre la detección, si podemos llamarla así, diagnóstica de preformas psicopatológicas.

Tengo alguna experiencia en esto, puesto que he trabajado durante dos años en el grupo de Geneviève Haag sobre la observación directa de bebés y he introducido en Saint Vicent de Paul una actividad de observación directa con una perspectiva más psicoterapéutica, es decir, que no consista solamente en una educación de la mirada para toda una serie de personas relacionadas con el cuidado del niño, sino

con una perspectiva de cuidados, de atención, con niños gravemente disarmónicos o que presenten esos cuadros llamados pre-autísticos.

Y también hemos reflexionado mucho sobre la manera en que la observación directa puede tener un rol terapéutico o preventivo antes de que esté constituido el cuadro completo.

Yo creo que es por este biés por donde la consulta terapéutica del tipo de las que hemos visto, obtiene sus resultados. Me explicaré.

Nos parece que, por una parte, en el encuadre de la observación directa y quizá en la consulta terapéutica también, puede darse una proyección, **la proyección de las partes más arcaicas, más simbióticas, de la personalidad materna,** en la óptica de los trabajos de Bleger sobre psicoanálisis de casos graves.

El segundo medio por el que el efecto terapéutico encuentra su salida es **una función,** por decirlo de alguna manera, **sin «toilette»,** como diría Meltzer, **del observador o del encuadre tratante en su conjunto,** que va a acoger las partes psíquicas más intolerables de la madre.

Otro punto de impacto posible es lo que nosotros llamamos **una modificación de las imagos tutelares.**

La idea de la observación directa y quizá también de la consulta terapéutica, como hemos visto aquí, es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

la de **devolver a la madre, a los padres, la posibilidad, el permiso, edípicos, de ser padres** y de utilizar al máximo su competencia paterna, su «paternalidad», su «parentalidad».

Por todo un conjunto de elementos, como se ve muy bien en esta historia, parece que la madre, esta madre, tenía muchas dificultades en el terreno edípico, en cuanto a la vida, y a la muerte también, de sus hijos.

Un punto último es que la observación directa, y la consulta terapéutica también, es una ayuda que no necesita de la intervención directa, sino una ayuda simplemente por la presencia neutra para la «desconfusión» identificatoria entre la madre y su hijo.

Esto se ve bien en el video cuando la madre dice que una de sus amigas le ha hecho notar que quizá si Michel Soulé le pedía que dijera a su hija quién era ella sería porque, sin duda, ella sabía ya mejor quien era ella misma, es decir, que se sabría mejor quien era quien.

Creo que esto completa la respuesta que ya di a la primera pregunta, y me parece que todos esos puntos de impacto que son válidos para la observación directa lo son también para el documento que acabamos de ver.

En cuanto a su pregunta técnica, efectivamente nuestras consultas terapéuticas se hacen sin cuestionario

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

previo, son como un acompañamiento semi-directivo (puede tratarse de una actitud no-directiva, como la que hemos visto en la pantalla, o bien, semi-directiva).

Pero yo no estoy de acuerdo en absoluto con Vd. por muy seducido que esté uno con la obra de Pirandello.

Yo no creo que se trate en absoluto aquí de «tres personajes en busca de autor», yo no creo de ningún modo que Michel Soulé tenga aquí un papel de autor de lo que quiera que sea.

El ayuda a cada uno de los miembros presentes a **ser el autor de su propia historia.** Eso no es ni parecido a lo que plantea Vd.

P.: **Rodolfo Rodríguez,** Ginebra. «Yo añado mi felicitación a las ya expresadas a la presentación notable de estas consultas terapéuticas.

En relación con sus elaboraciones en torno a la muerte súbita, me pareció oír hablar sobre la pulsión de muerte, el fracaso de la para-excitación así como del stress en relación con diferentes interacciones que podrían entrar en contradicción. Pero no he oído hablar del investimiento narcisista de los padres del niño y, en consecuencia, tampoco del narcisismo del niño.

Me preguntaba si no habría lugar también en esta si-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tuación para hablar de **narcisismo mortífero,** tal como lo entiende Green».

R.: Las reflexiones que yo he hecho en relación con el vídeo que hemos visto no eran en absoluto exhaustivas. Eran puntuales, trataba de señalar sólo los puntos importantes.

Quizá se haya escapado a la traducción, porque realmente es un término difícilmente traducible, pero yo cité al pasar la **función desobjetalizante,** recordando efectivamente la visión de Green con relación a la pulsión de muerte.

Estoy completamente de acuerdo con Vd. en que cuando se habla de la muerte súbita, es difícil no evocar el narcisismo mortífero de los padres, así como la instauración del narcisismo en el niño.

Me parece que también en la situación que yo he mostrado de la inversión de la seducción, de la situación de la seducción originaria, aparece claramente la relación, el entramado con la instauración de las bases narcisistas del bebé.

P.: **Concepción Santos,** Madrid. «Quería preguntar al Dr. Golse por las razones de ese manejo técnico de ver a los padres separadamente, es decir, el porqué se ve primero a la madre y luego al padre. Me pareció oír citar que después iba a ver a la hija, o a todos juntos, y yo me pregunto el porqué...».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

R.: En las entrevistas como éstas no hay intermediario preestablecido, ni tampoco codificación para la sucesión de los acontecimientos. Hay un mínimum, si es posible, de elementos transferenciales y contratransferenciales. Pero a nivel de técnica no hay ninguna rigidez particular.

Si Vd. recuerda el vídeo, el padre no estaba del todo de acuerdo en venir, era sobre todo la madre quien quería, si bien de manera ambivalente y angustiada.

Pero el padre no quería venir, y Michel Soulé no ha querido provocar un enfrentamiento de entrada con esa situación del padre, y ha preferido escuchar primero a la madre.

Efectivamente se planteó la cuestión de ver a los tres a continuación, lo que Michel Soulé no ha mostrado en el vídeo, puesto que la riqueza del insight, de la introspección materna era tal, que él ha seguido el material tal cual lo iba trayendo la madre.

La niña ha sido vista después. Esto no lo muestra el vídeo, pero también la familia ha sido vista, los tres juntos, después. Pero esto no ha sido un planteamiento de entrada, un compromiso establecido, o no establecido, era una cosa más de las que se habían planteado, pero no hay ninguna rigidez en absoluto, no se había decidido una fecha, eso se hizo más tarde, como una especie de segunda conclusión.

Pero lo esencial de mi respuesta, ya lo he dicho, es que Michel Soulé se ha mantenido sobre todo si-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

guiendo la demanda materna. En todo caso, no hay ninguna técnica que indique en qué forma y en qué orden se ha de ver al padre y a la madre. O mejor, **no se trata de una decisión técnica a priori.** Según la marcha de las cosas, si el insight materno precisa de su compañía... Pero no como una decisión técnica a priori.

P.: **Concepción Santos,** Madrid. «Querría hacer otra pregunta al Dr. Golse, sobre algo que me interesó, aunque él lo dejó un poco de lado: dijo que no iba a hablar sobre las hipótesis pediátricas de la muerte súbita.

Pero supongo que como equipo interesado en ese tema, deben conocer bien las razones de los pediatras, y a mí me gustaría que nos comentara qué piensan los pediatras sobre la muerte súbita».

R.: Yo dejé de lado este tema puesto que aquí se trata de una reunión sobre la psicología y la psicodinámica del niño.

Pero, obviamente, trabajamos con pediatras, pero... se trata de pediatras «contaminados», «pervertidos», si me permiten hablar así, que no creen en la univocidad de una causa pediátrica para la muerte súbita.

Yo no digo que ellos tengan razón o que estén equivocados, pero, como trabajamos con ellos, estamos habituados a pensar en la muerte súbita **como un accidente sobredeterminado, multifactorial.**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Es por esto que en cierto número de casos somos muy favorables a la práctica de la autopsia. Y así se ve que hay algunos casos en que la hipótesis de una causa pediátrica es posible, plausible, por ejemplo..., recuerdo un caso de descubrimiento anatómico de un reflujo gastroesofágico que ha podido ser responsable de una apnea.

En la literatura pediátrica, por otra parte, se habla de una serie de enfermedades infecciosas agudas, de una insuficiencia renal aguda, etc.

Pero quiero precisar que la razón de indicar la práctica de la autopsia no tiene como objetivo conseguir una especie de explicación artificial del problema.

Cuando reflexionamos juntos pediatras y psiquiatras, aceptamos todos que, de hecho, hay una causa orgánica para la muerte súbita, pero seguimos convencidos que esa causa orgánica ella sola, no basta o quc, en todo caso, esa causa ha dado lugar al deceso del niño en un momento particular de su historia interactiva.

Eso es lo que nosotros intentamos: Encontrar esa causa «aprés coup» y sobre todo separar... no se trata de forzar las cosas, yo creo que siempre hay un peligro cuando se discute desde el punto de vista psicodinámico y sobre todo en el caso de la muerte súbita, **que es confundir causas y significaciones.**

Nosotros no buscamos tanto las causas como las sig-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

nificaciones que este accidente puede tener «aprés coup» para esa familia o las repercusiones fantasmáticas que puede tener para el niño siguiente.

Pero en nuestro fuero interno, en el fondo de nosotros mismos, cuando hablamos entre pediatras y psiquiatras en el Instituto de Puericultura en torno a Michel Soulé, estamos convencidos de que se precisa, si bien que en dosis diferentes, según cada niño, una conjunción de acontecimientos. Quizá un acontecimiento pediátrico pero, en todo caso, también una situación interactiva que deje emerger, que haga crujir ese acontecimiento.

Es un poco el mismo razonamiento que se haría respecto al determinismo del autismo o de ciertas psicosis del niño, en donde vemos que en unas historias hay un peso biológico más importante, en otras, en cambio, un peso psicógeno mayor, hay un reparto diferente en cada niño pero, finalmente hay de todo en todos los niños.

P.: «Yo sólo querría insistir en la forma en que Michel Soulé (yo soy del IPSO de París, trabajo con el Prof. Kreisler y he encontrado muchos puntos en común...) **restaura el narcisismo de la madre.** Hay un punto en el que insiste enormemente, puesto que esta mujer ha sufrido un traumatismo enorme y este espacio para la palabra que él le deja, restaura su narcisismo.

Sin asaetearla con interpretaciones, le da tiempo para elaborar. Eso es todo».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y ESTRUCTURAS PSIQUICAS

Por Mauricio GITNACHT

Largos años de trabajo con pacientes adultos, niños y adolescentes, me llevaron a reflexionar y a interrogarme sobre los orígenes de las **perturbaciones** de mis pacientes, así como debéis de haberlo hecho más de una vez vosotros mismos.

La importancia de un **trastorno** precoz en la relación madre-hijo y su repercusión en los fenómenos psicopatológicos (tema central de este congreso) fue siempre una de mis preocupaciones. En la conferencia núm. XXXIII dirá Freud: «La observación muestra, de una manera que no deja lugar a dudas, que las experiencias infantiles tienen su importancia propia y la manifiestan ya en la infancia. Análogamente, como el estudio de los sueños infantiles nos condujo a la comprensión del fenómeno **onírico** en los adultos, puede también la investigación de las neurosis de la infancia ahorrarnos más de un error en la comprensión de las neurosis que atacan al sujeto en épocas más avanzadas de su vida. Tales neurosis infantiles son mucho más frecuentes de lo que se cree, pero suelen pasar inadvertidas, siendo consideradas como signos de perversidad o mala educación que los educadores del niño se esfuerzan en reprimir». Y continúa Freud: «Cuando en una de las fases más avanzadas de la vida surge la neurosis,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

nos revela siempre el análisis que se trata de la consecuencia directa de una dolencia infantil del mismo género, dolencia que no se manifestó por entonces sino velada y esquemáticamente. Pero existen casos en que esta neurosis infantil perdura sin solución de continuidad a través de toda la vida del sujeto. Algunas veces hemos podido realizar en los niños algunos análisis de este género de neurosis, pero la mayor parte de las veces hemos tenido que conformarnos con deducir su existencia del examen de una neurosis adulta». Hasta aquí, Freud.

La importancia fundamental de la primera relación del bebé ccon el seno materno y su rol en la estructuración psicosexual del futuro individuo fue intuida por Freud desde siempre, pero es a mi entender en la conferencia núm. XX de la Introducción al psicoanálisis que explicita con claridad y con la elegante prosa que le es característica, este concepto. Dice Freud: «Si el niño de pecho fuera capaz de comunicar sus sensaciones, declararía desde luego, que el acto de mamar del seno materno constituye el más importante de su vida. Diciendo esto no se equivocaría grandemente, pues, por medio de él, satisface al mismo tiempo dos grandes necesidades de su vida: la de alimentarse y satisfacer su líbido oral. No sin cierta sorpresa averiguamos por medio de psicoanálisis, cuán profunda es la importancia psíquica de este acto, cuyas huellas persisten luego toda la vida. Constituye en efecto el punto de partida de toda la vida sexual, y el ideal jamás alcanzado de toda vida sexual ulterior, ideal al que la imaginación aspira en momentos de gran necesidad y privación».

Melanie Klein retoma estos conceptos de Freud, y construye con ellos los pilares con los cuales va a desarrollar y conceptualizar sus teorías, en las que las relaciones del

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

bebé con el pecho de la madre, real o fantaseado, van a constituirse en los elementos a partir de los cuales se va a estructurar el aparato psíquico.

En todo momento oímos hablar del aparato psíquico, de su estructura, de su funcionamiento. Abordamos los distintos mecanismos de esta estructura, su dinámica, para comprender mejor el desarrollo y el funcionamiento mental, normal y patológico. Pero mi impresión es de que no nos interrogamos lo suficiente acerca de cómo llegó a formarse esta estructura, quizá porque es tan compleja o quizás también porque tenemos que enfrentarnos con fenómenos que nos muestran nuestras limitaciones.

La observación de bebés, disciplina difícil, pero que sin embargo figura en el programa de formación de varios insttitutos de psicoanálisis, fue y es la prueba de esta inquietud desde hace mucho tiempo.

Diversos autores, empezando por Freud y M. Klein se preocuparon y se preocupan de esta problemática.

El aparato psíquico, aparte su contexto anatómico, es el resultado del encuentro de una estructura potencial y otra, ya hecha, bien o menos bien estructurada, la de la madre (o sustituto) indispensable para que ello ocurra.

En 1895, Freud escribe su «Proyecto de una Psicología para Neurólogos»; en ella trata de conceptualizar la evolución del aparato psíquico y su fisiología, pero lo hace más bien desde un punto de vista mecanicista. Freud nunca publicó este trabajo, que tiene el mérito de anticipar

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

conceptos que va a desarrollar posteriormente. En él ya habla del YO como de una organización, y del papel de los órganos de los sentidos como receptores que van a cargar las neuronas constituyentes del futuro YO. A mi entender anticipa así su famosa frase: «el YO es ante todo un YO corporal», punto de partida de la teoría estructural. Los órganos de los sentidos tendrían en un princicpio la función de recibir y transmitir información, INTROYECTAR y PROYECTAR. En otras palabras de buscar y ponerse en contacto con el objeto de quién va a depender y de quién depende para sobrevivir.

Las transformaciones evolutivas que tienen lugar durante los primeros meses de vida del bebé, exceden con mucho las de cualquier otro período y van a sentar las bases de la estructura mental del futuro individuo.

Mucho se habla del estado de desamparo con el que el bebé viene al mundo. Desamparo que implica la absoluta necesidad de que se ocupen de él: de un objeto maternal que funcione en el sentido de que no sólo se ocupe de sus necesidades primarias, hambre, sed y un abrigo que compense en parte el calor que acaba de perder, sino también sensible por empatía al dolor que la pérdida brutal de la protección intrauterina le brindaba. Todo él (el bebé) es un órgano sensible, que a su vez presenta órganos privelegiados a través de los cuales va a recibir estímulos y va a ponerse en contacto con el mundo exterior e interior.

No puedo aún presentarles una teoría coherente y confiable de un aparato psíquico funcionando totalmente desde el principio de la vida; si bien ciertos autores nos han presentado algunas hipótesis sobre el psiquismo fetal.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Los sentidos perciben, emiten y elaboran lo que perciben; no es difícil imaginarse la complejidad de estas funciones desde el punto de vista fisiológico, pero dejemos este aspecto a los neurofisiólogos. A nosotros psicoanalistas, psicoterapeutas, psiquiatras, nos interesan especialmente los procesos de proyección e introyección que se hacen a través de los mismos (órganos de percepción) y sobre todo la subjetividad que las caracteriza. Subjetividad desde el punto de vista del sujeto así como del objeto, lo intersubjetivo.

De este intercambio, de esta interacción que se establece desde la primera relación de objeto, órganos de los sentidos de por medio, van a constituirse los elementos constituyentes del YO primitivo.

Para que este YO primitivo evolucione de una manera satisfactoria es indispensable que los órganos de los sentidos sean capaces también de estructurarse como elementos de paraexcitación, tanto de los estímulos que provienen del mundo externo, así como del mundo interno. El primer contacto del neo-nato con el objeto y luego los objetos va a hacerse siguiendo, como nos lo enseñara Freud, de acuerdo al principio de placer-displacer. Para que este modo de funcionar evolucione a uno más complejo como acabamos de ver, capaz de funcionar como barrera de paraexcitación es necesario que el objeto maternal posea una estructura capaz de funcionar en este sentido, es decir, capaz de cumplir con su función de amortiguar la violencia con que los estímulos que provienen del exterior impactan en el bebé. M. Klein habló de la necesidad de la madre de metabolizar las primeras angustias del bebé; Bion desarrolló aún más este concepto al referirse a la capacidad de «reverie» de la madre.

En el cuadro clínico que pasaré a describirles dentro

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de un momento, voy a referirme a una madre que justamente no sólo no pudo cumplir con su función de paraexcitación, sino que por el contrario, se constituyó en una fuente de estímulos patológicos que provocaron un severo trastorno en el desarrollo del YO de su bebé.

Hablando del primer contacto del bebé con el objeto, Freud la señala como la primera relación capaz de satisfacción, así como también el primer objeto percibido como hostil y como primer objeto utilizable como fuerza auxiliar. No creo necesario recalcar la importancia de esta observación.

Sin hablar específicamente de introyección-proyección, funciones por excelencia de la percepción mediante los órganos de los sentidos y su especificidad, Freud dice que es a través de sus semejantes que el bebé aprende a conocer, dice: «Los complejos perceptivos emanados de éstos (sus semejantes) le permiten compararlos con los suyos, a través de la vista, oído, olfato, gusto, tacto, etc.», y nos anticipa, a mi entender, otro concepto de la mayor importancia, el de la percepción del dolor, tanto físico como psíquico. Dirá «el dolor es percibido como displacer y la fuente de la cual emana como hostil», agregará: «la reproducción del dolor a través del recuerdo sería la fuente de la angustia». A mi entender se trataría aquí de un primer intento de comprensión del concepto de angustia en la obra de Freud.

En el capítulo siete del libro de los sueños y refiriéndose a la conciencia, Freud dice que ésta es «como un órgano sensorial destinado a la percepción de las cualidades psíquicas, y excitable durante la vida despierta desde dos puntos diferentes; en primer lugar desde la periferia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

del aparato, especialmente desde el sistema de la percepción, y además por las excitaciones placientes y displacientes que emergen como única cualidad psíquica en las transformaciones de energía desarrolladas en el interior del aparato psíquico».

La conceptualización de la conciencia como un órgano sensorial capaz de percibir tanto el mundo externo, así como el mundo interno es, a mi entender, la piedra angular para la comprensión de la estructura psíquica tal como la entendemos en términos psicoanalíticos.

La conciencia no existe desde el comienzo, no forma parte del bagaje biológico del individuo, tendrá pues que desarrollarse y organizarse de una manera especial, como un órgano psicológico a partir de lo biológico, así como de la interacción indispensable entre sujeto y objeto. Una falla en este proceso se halla a mi entender en todos los casos de psicosis y pre-psicosis infantiles. Asimismo, en los pacientes adultos que vienen al análisis por problemas aparentemente neuróticos, y que durante la cura se descubren como lo que yo denomino estructuras post-psicóticas.

Donald Meltzer, en exploraciones sobre el autismo, aborda una problemática similar, cuando dice que el autismo tendría su origen, entre otros factores, en un estado de hipersensualización del bebé que buscaría entonces la fusión con el objeto; según Meltzer, ello impediría el desarrollo eficaz de la identificación proyectiva como defensa.

A continuación voy a referirme al caso de un paciente que vino al análisis a causa de graves crisis de angustia, que según sus palabras, amenazaban su vida. Este caso,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

espero, me permitirá ilustrar algunos de los conceptos a los cuales hice referencia.

Mi paciente, al que llamaré Atilio, hijo único de un matrimonio humilde, dormía con su madre durante los días de semana, mientras su padre trabajaba en un país limítrofe, lo cual le permitía pasar los fines de semana con su mujer y su hijo: éste debía entonces dormir solo o compartir el lecho con sus padres. En todo caso, para él la realidad, su realidad, era la de que él compartió la cama de sus padres hasta la edad de cinco años. Otro recuerdo traumático era el de que a los cinco años sus padres decidieron trasladarse a la ciudad en la que trabajaba el padre; como la madre se vio entonces obligada a trabajar, Atilio fue internado en un orfelinato. Este hecho coincidió con el comienzo de su escolaridad. La madre lo venía a visitar una vez por semana. Atilio relataba con todo detalle los síntomas que sufrió durante ese lapso: retraimiento, imposibilidad de contacto con los otros niños, enuresis, excitación psicomotriz, tics. Angustias cuando la madre tenía que venir a visitarlo, y crisis de desesperación y de llanto cuando se iba; comenzó a tartamudear (síntoma del cual sufre aún). A pesar de su sufrimiento y de sus síntomas, lograba aprender y estar a la par con los demás niños de su grupo, a lo largo de su escolaridad. Al cabo de un año, frente al deterioro que presentaba, aconsejados por las hermanas que dirigían el orfelinato, los padres decidieron sacarlo.

Los recuerdos de Atilio posteriores a estos hechos son poco claros, salvo que los demás lo calificaban de «bizarre», raro, en todo caso que no se comportaba como los demás niños. Según me contaba, desarrolló defensas obsesivas muy extremas: juntaba objetos inútiles de los cuales no se podía desprender, así como no podía des-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

prenderse de cualquier otro objeto que hubiera utilizado: estructuró rituales que lo angustiaban, pero que no podía dejar de realizar. Al entrar en la adolescencia, se agregaron a los síntomas precedentes delirios de persecución, sobre todo de índole homosexual.

Las defensas obsesivas fueron haciéndose cada vez más importantes en un intento de conjurar los delirios, pero a la larga se mostraron ineficaces. Finalmente fue internado a los 22 años por un período de dos años. Deseo destacar que Atilio había logrado terminar antes de su internación la escuela secundaria y comenzado la universidad, que terminó estando internado.

Esto se debió a que mi paciente había logrado una disociación muy severa entre sus aspectos neuróticos adaptados a la realidad y con adecuadas capacidades para el estudio y el aprendizaje por un lado, y por otra parte una severa psicosis controlada, como dije, por rituales obsesivos, delirios homosexuales y una variada gama de otros síntomas que obligaron a su internación.

He intentado explicar el origen de la enfermedad de Atilio, utilizando algunas hipótesis acerca de su desarrollo temprano.

La primera es la de un estado depresivo de la madre, en gran parte provocado por el abandono por su esposo durante la semana de trabajo. El nacimiento de Atilio había ocurrido entonces con gran ambivalencia por parte de ella, lo que me permite pensar que la depresión se intensificó en el post-parto. De este modo, la madre no sólo no fue un respaldo y un continente adecuado para

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

su bebé, sino que luego, además de la sobreexcitación que implicaba la cohabitación y el colecho, lo habría hecho objeto de caricias y estímulos inadecuados a su aparato psíquico tan primitivo, para en un segundo tiempo abandonarlo en un orfelinato.

Si mencionamos la posible despresión de la madre no podemos dejar de tomar en cuenta los factores inherentes al niño, ya que Atilio podría haber hecho un autismo psicógeno o una psicosis infantil irreversible con un deterioro psíquico irrecuperable. Aquí las series complementarias de Freud me parecen tomar una importancia relevante aunque hoy en día se oiga hablar muy poco de ellas.

Los primeros meses de análisis de Atilio fueron difíciles; una vez acostado en el diván, el tartamudeo y los tics tomaban una amplitud insospechada. El relato de sus delirios así como de los rituales múltiples que se veía obligado a realizar antes y después de la sesión ocupaban gran parte de las mismas, para dar lugar luego a sus delirios, que como ya dije, eran sobre todo de índole homosexual.

Atilio nunca actuó estas fantasías homosexuales. Analizadas una y otra vez en la transferencia, pudimos descubrir que representaban el anhelo del bebé de poseer un padre que, como vimos, era un padre que aparecía y desaparecía durante los primeros años de su vida. Transformandose en mujer, satisfacía la fantasía de incorporar, oral o analmente, las cualidades masculinas tan deseadas por él. Sólo pudo lograrlo luego de muchos años de análisis y de identificación conmigo.

Desde el comienzo fueron evidentes los mecanismos de defensa que utilizaba; además de los ya expuestos y

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

que podríamos catalogar como más o menos neuróticos, el clivaje y la identificación proyectivas así como la omnipotencia y la idealización hicieron su aparición, es decir mecanismos mucho más psicóticos. También se mostró desde el principio muy sensible y susceptible. El aparato perceptivo de mi paciente era, diría yo, hiperexcitable; mis interpretaciones tenían que ser breves y con él más que con otros pacientes, el timing era de suma importancia. Diría que, acostado en el diván, Atilio se convertía en un bebé desesperado, en busca de una mamá que lo contenga, que le sirva de aparato de paraexcitación, frente al suyo deficiente. Esto ponía por supuesto a prueba, mis propios órganos y mi sistema de percepción.

Mi hipótesis es que la madre de Atilio, deprimida, narcisísticamente deficitaria, lo utilizó para paliar su herida (narcisista) usándolo como su complemento. Es así que de bebé, Atilio se vio expuesto desde los primeros días después de su nacimiento a una sensualización precoz (erotización) por parte de la madre, incapaz de funcionar, en consecuencia, de continente eficaz para su hijo.

Ya nos enseñó Freud («Tres ensayos») que al nacer toda la superficie corporal del niño debe considerarse como una zona erógena que poco a poco se va a ir diferenciando, es decir que gracias a los cuidados maternos y según también la carga filogenética que tenga, van a privilegiarse unas en detrimento de otras que van a sucumbir a la represión.

El encuentro de un objeto altamente erógeno (la madre en este caso) con un sujeto (el bebé) todo él capaz de ser erotizado, lo exponen desde muy temprano a buscar fusionarse con el objeto como defensa; pero esto va a

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

crear en el bebé grandes cantidades de angustia, en un momento en el cual no es capaz de utilizar la identificación proyectiva como defensa.

Atilio me daba la impresión de utilizar cada uno de sus sentidos para proyectar fuera de sí sus fantasías erótico-persecutorias construidas de objetos parciales. Se sentía perseguido por ejemplo por enormes penes, y para defenderse se veía luego obligado a desandar varias veces un camino ya transitado, o reintroducir una llave en su cerradura tantas veces hasta que a menudo el agotamiento lo obligaba a renunciar al propósito que había desencadenado el ritual. Pasar por una puerta automática era impensable ya que no había conseguido estructurar un ritual que le permitiera conjurar la fantasía de que la puerta guillotina lo castrara. Atilio recién pudo hablarme de sus rituales y fantasías después de mucho tiempo empezado su análisis. Los tics parecían estar al servicio de una estructura que debía defenderlo tanto de estímulos visuales venidos de afuera como de adentro.

La agitación, la angustia y el caos del mundo interno de Atilio, y que se continuaba también en su mundo externo, fueron calmándose poco a poco, en la medida en que las sesiones le servían de encuadre, y mis sentidos de modelo de paraexcitación.

A la hipótesis de una relación de mi paciente con una madre depresiva debemos agregar la de la ya mencionada hipersensualización. Para Atilio era inconcebible imaginarse una relación sexual entre sus padres, la escena primaria era inexistente. En su historia no faltan elementos para suponerlo repetidamente expuesto a la misma. La primera relación sexual de Atilio tuvo lugar cuando tenía 27 años.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

La fantasía de Atilio era la de poder tener relaciones sexuales con prostitutas, ya que decía, que ello no implicaba ningún riesgo de compromiso emocional. La posibilidad de ligarse afectivamente a alguien lo horrorizaba. En su relación conmigo, negaba la existencia de una relación distinta de la que fantaseaba con una prostituta. Yo debía servirle para evitar que se desintegrase a causa de sus rituales, obsesiones y proyecciones que lo agobiaban. Cualquier interpretación que tendía a mostrarle cómo no hacía más que negar su vida afectiva y su dependencia terapéutica, era recibida con aparente frialdad e indiferencia. Lo más que conseguía admitir era un «puede ser pero yo no siento nada», lo cual cuando pudo expresarlo, fue considerado por mí como un progreso importante. Sin embargo, jamás faltó ni llegó tarde a una sesión. Su aparato perceptivo era utilizado casi exclusivamente para proyectar, su capacidad integrativa era altamente deficitaria, y durante los primeros años de análisis mi función debía limitarse casi a servirle de sistema de paraexcitación auxiliar, continente de sus proyecciones. Para Atilio, yo tampoco tenía vida afectiva. El amor, el odio, la agresividad, eran términos sin contenido emocional para mi paciente. Poco a poco, Atilio pudo ir modificando este sistema deficitario transformándolo en otro más adecuado. Su aparato perceptivo comenzó a funcionar de una manera más integrada. La identificación proyectiva era menos masiva y por lo tanto la identificación introyectiva se hizo posible. Concomitantemente consiguió establecer una relación estable de pareja.

Atilio corresponde a aquellos casos de psicosis infantil que evolucionaron sin ser diagnosticados ni tratados. Remisiones y reestructuraciones parciales tuvieron lugar durante la primera y segunda infancia. La eclosión puberal y adolescente con la hipersensualidad que la caracteriza, desmanteló la precaria capacidad integradora del sistema perceptivo con el resultado que ya conocemos.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Para terminar quisiera subrayar la importancia de los diagnósticos precoces, especialmente en el caso de niños que presentan síntomas como los que acabo de describir a través de mi paciente. Asimismo, cuando historiamos los primeros desarrollos de la vida de un paciente, recomiendo prestar atención a todo tipo de lo que yo denomino «catástrofes infantiles»: enfermedades tempranas de la madre y del bebé, separaciones muy precoces, como supone la internación del bebé o intervenciones quirúrgicas, alejamiento del padre o fallecimiento de uno de los progenitores u otro familiar, que suponen estados depresivos de la madre, etc. La lista podría ser muy larga, pero sobre todo insisto en no dejar pasar estos episodios sin darles importancia. Esto no sólo nos permitirá una mejor comprensión de la psicopatología del adulto, sino que podríamos evitarla gracias a la indicación y la instauración de un tratamiento precoz.

* * *

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

P.: **Fernando Cabaleiro,** Madrid. «Me ha encantado tu exposición y... hay muchas cosas que comentar pero querría que no se escapase ese concepto tuyo, aunque sea un poco marginal a la exposición, de **post-psicosis.** ¿Podrías explicarnos un poco tu idea? porque intuyo que puede ser muy interesante».

R.: Bueno, lo que yo llamo post-psicóticos son esos casos de niños que, como ya decía Freud, son considerados como niños neuróticos, o niños hiperexcitables, niños caracteriales, que se las van arreglando bien, que entran y salen de esos estados sin manifestar nunca una psicosis franca, o un estado prepsicótico que pueda ser calificado de tal si no se hace un diagnóstico fino. Pero en mi práctica, en la experiencia con pacientes bordeline y psicóticos, casi siempre, yo diría que siempre, consigo, a través del análisis, a través de la relación transferencial, descubrir que, en épocas muy tempranas, tuvieron estados de descompensación, problemas que fueron calificados como caracteriales, o de mala educación o esos «bueno, es un chico especial, raro, se le va a pasar, no tiene importancia...», y yo considero que es fundamental que les demos a esos niños toda la atención posible, y que se hagan indicaciones de tratamiento lo más precoces posible, como profilaxis de los estados psicopatológicos del adolescente y del adulto, pero sobre todo del adolescente, porque en ese momento, la eclosión pulsional va a desencadenar lo que estaba latente, porque esos niños funcionan con clivajes y con mecanismos de defensa que son útiles hasta cierto momento, pero fracasan después.

P.: **Hanna Segal,** Londres. «Estoy muy impresionada por su exposición, pero... voy a plantearle algunas cues-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tiones: Vd. dice que al comienzo no hay conciencia, pero... yo no sé, como en francés la palabra tiene dos sentidos... ¿Vd. hablaba de **consciousness** o de **conscience?».**

—Yo hablaba de consciousness...

«Entonces, no estoy de acuerdo, porque yo creo que desde el comienzo hay conciencia... se organiza, se desarrolla, pero la conciencia no es solamente un potencial. Yo creo, como dije ayer, que existe desde el comienzo, aunque después no haya ningún incentivo para su desarrollo. Hay conciencia de ciertas cosas, como del dolor... es por ello que se desarrollan mecanismos de defensa. Pero, volviendo a su caso clínico, me recuerda enormemente a un psicótico que yo tengo, con una sintomatología un poco diferente, puesto que él hace enormes crisis maníacas.

Es siempre megalomaníaco, incluso cuando no está en crisis, incluso cuando no se ve como el presidente de los Estados Unidos, entonces es el más grande amante, o el más grande...

El ha hecho una análisis antes de estar conmigo, en el que ha dejado de ser homosexuai para ser únicamente un donjuan, si bien, un donjuan absolutamente patológico.

Tiene una madre extremadamente erotizante, al comienzo el padre también estaba ausente...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Creo que, como en el caso de Vd., detrás de la erotización está, no solamente la sobreexcitación, sino que hay también una gran proyección de depresión, y que él toma de su madre una situación interna destruida y una defensa erótica contra el duelo.

Pero yo no estoy de acuerdo con Vd. cuando dice que la erotización **impide** la identificación proyectiva. En el caso del que le hablo, la erotización **es el medio** que utiliza la identificación proyectiva. El momento de la erotización es la base de la megalomanía. Para él, erotización es convertirse completamente en su madre, tener un contacto erótico y, al mismo tiempo, poseer y ser completamente su madre, lo que está también en la base de su megalomanía.

Cuando era adolescente —evidentemente, cuando era un bebé esto no tenía un sentido genital—, pero cuando estaba en la adolescencia, tenía una fantasía: que su semen, sus espermatozoides, eran como pequeños maniquís que, implantados en la mujer la convertían en él mismo.

Es decir, que una vez que se entra en la mujer, la posesión es completa. De otra forma, él sentía esto mismo con sus ojos. Era extraordinario cómo... —él era profesor en la Universidad, era, por otra parte, un chico muy guapo— seducía a las mujeres y sentía... que sus ojos entraban, igual que sus espermatozoides, tomaban posesión, y él se convertía en la mujer.

Pero yo quería que Vd. nos hablara un poco de esto,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

¿cómo piensa Vd. que la erotización impide la identificación proyectiva, en el sentido de Bion, de ser comprendido y contenido? Yo creo que se trata precisamente de una identificación proyectiva extremadamente omnipotente...».

R.: Le doy las gracias por lo que acaba de decir. Evidentemente reflexionaré sobre ello... Pero es importante lo que Vd. ha dicho a propósito del caso clínico.

Porque mi paciente..., los tics de mi paciente son sobre todo tics con los ojos: él guiña constantemente los ojos, y... también él es profesor en la Universidad, tiene también muchas mujeres a su alrededor... Evidentemente no puedo entrar en detalles pero hay una gran similitud entre su paciente y el mío.

Alicia Schteingart, Ginebra. «Yo quiero añadir algo, a propósito de lo que Vds. han discutido porque yo pensaba, a través de los pacientes de los que hablaré, que tienen trastornos psicosomáticos, que la erotización no es solamente un medio de utilizar la identificación proyectiva sino también de defenderse contra la depresión profunda del fracaso de la relación madre-hijo y que, en ese momento, es una tentativa de establecer un vínculo libidinal contra la pulsión de muerte que se hace demasiado intensa».

Hanna Segal. «Yo creo que en la erotización hay dos partes, una que es la libidinización como defensa contra el instinto de muerte, y otra, que es al mismo tiempo expresión de ese instinto de muerte. Porque

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

un síntoma es siempre un compromiso entre dos, pero, en la erotización de este joven psicótico del que hablé, creo que es instinto de muerte lo que lleva, porque la mujer muere, porque todas las veces la relación se rompe y todas las veces él tiene una fantasía de que la mujer va a suicidarse.

Entonces, es una defensa por libidinización, podríamos decir que sería no una integración entre instinto de muerte e instinto de vida, en la que el instinto de vida triunfa y el instinto de muerte se convierte en agresión útil, sino por el contrario, es un compromiso en el que el instinto de muerte lo arrasa, gana...».

P.: **Rodolfo Rodríguez,** Ginebra. «Yo estoy también muy interesado en la presentación de Mauricio porque me recuerda también dos casos de mi clientela. Querría preguntarle, interesado por el aspecto en que, recordando a Bion, habla de la parte psicótica y la parte neurótica... yo me preguntaba si este tipo de pacientes no se desarrolla así, en la medida que haya podido tener las primeras relaciones... Dices que hasta los cinco años, este niño dormía con sus padres, o con la madre hasta que su padre viniera los fines de semana, y esto lo consideras traumático. Pero a mí me parecía que también ahí había unas relaciones muy satisfactorias, que podían permitir a ese Yo apoyarse en algo sano, o en algo más neurótico, frente a lo que me parece a mí que fue el gran traumatismo, que fue la separación y el internado en el orfelinato.

Por otra parte, quería decir que, en el caso de mis pacientes, lo que me parece muy saludable para poder tratarlos, es el hecho de que podían delirar, o

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

sea, que no sólo hay una personalidad en sector sino que había un delirio muy construido en torno al traumatismo y que eso era lo que se podía analizar para poder reintegrar todo, es decir, esa parte psicótica, al resto de la personalidad».

R.: Bueno, hay varios aspectos importantes en lo que acabas de decir... Para mí, el factor innato, **lo innato** es fundamental, lo mismo que el otro extremo, **lo adquirido,** también lo es. Aquí vuelvo a recordarles las series complementarias de Freud, es decir, que hay una complementariedad entre lo que es innato y lo que va a ir obteniendo el bebé a través de su relación con los objetos, que se va a hacer también a través de la carga libidinal con la que va a venir al mundo. En la medida que la carga libidinal sea más importante que las frustraciones, los desastres, digamos, mentales, psicológicos, van a ser menores.

Esta es una relación que debe tenerse en cuenta siempre.

Ahora, con respecto a lo que dices de que debió recibir cosas importantes, yo pienso que sí, que recibió importantes cargas libidinales y que se fue desarrollando, que la madre tenía una capacidad para dar amor, para dar abrigo, a pesar de ser erotizante, hipersexualizante.

Pero lo que a mí me hizo tomarlo en tratamiento, porque no era un paciente evidente, había sido rechazado al menos por una docena de colegas, **fue que él tenía conciencia de que estaba enfermo.** La

conciencia de enfermedad fue para mí un factor determinante para que yo lo aceptara como paciente, y también el hecho de que era inteligente. Me decía: «O yo me trato, o me tratan, o me aceptan, o no me queda nada por hacer», y esto era una amenaza de suicidio. La depresión estaba de por medio, lo melancólico profundo estaba también en la base, y también identificado a la madre depresiva, melacólica. Esos fueron los factores que a mí me hicieron pensar que podía ser tratado y, evidentemente, evolucionó bien. Pero, la conciencia de enfermedad es para mí un factor fundamental en la evolución.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

OBSERVACION DE BEBES: SU IMPORTANCIA PARA LA COMPRENSION DEL DESARROLLO, PSICOPATOLOGIA Y PREVENCION

Por M. PEREZ SANCHEZ

La finalidad de mi comunicación es la de exponerles algunos de los conocimientos que nos ha aportado la O. de B. Estos conocimientos se refieren al desarrollo del niño y su mundo de relaciones, pero también al despliegue de una técnica y de las actitudes necesarias para realizar este trabajo. Una consecuencia es, que de este trabajo, podemos deducir medidas útiles que pueden ser aplicables en las tareas asistenciales con niños y adolescentes, ayudándonos a la comprensión del desarrollo, la psicopatología y la prevención de trastornos afectivos, tema de este congreso.

La O. de B. fue ideada por Ester Bick con el objeto de ser un **entrenamiento para la formación de psicoterapeutas.** Ello quiere decir, que el primer propósito es el de potenciar las capacidades receptivas y de pensamiento del observador. Tal propósito lleva implícita una primera intención, que es la de acercar al observador de una forma cuidadosa y gradual a **la experiencia emocional,** que significa el encuentro de un bebé con su mundo, a la vez que tratamos de proteger y ayudar en esa relación, con el menor número de interferencias o intrusiones artificiosas, dando al observador instrumentos válidos que le permitan acer-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

carse mejor a esta experiencia y después a cualquier relación humana.

En líneas generales, esta actitud no tiene que ser muy diferente de la que deberá asumir en su trabajo cotidiano asistencial con niños y adolescentes, el psicoterapeuta o el pedagogo. El desarrollo de esta actitud permitirá adoptar una comprensión abierta ante cualquier conducta, sintiéndose el profesional afectado por estos comportamientos, pero sin responder con métodos experimentalistas, tratando de hacer pruebas a su objeto de estudio, con la pretendida finalidad de obtener datos «objetivos» y sin tener que recurrir a esquemas diagnósticos, que no ayudan a ver la singularidad de cada caso.

Como ya hay literatura sobre el tema no me extenderé en mayores detalles.

Nos limitaremos a estudiar algunas situaciones puntuales, por ser parámetros fundamentales en toda relación, conceptos como **experiencia emocional, capacidad de contención** y **capacidad de «reverie».** Serán algunos de los conceptos que por su indiscriminada utilización necesitan ser retomados a través de la experiencia de observación para darles una mayor carga y sentido clínico.

Desarrollo mental, psicopatología y prevención son conceptos que derivan de las **relaciones íntimas,** en las que los hechos primordiales son las **experiencias emocionales.** El bebé que mantiene una relación estrecha con su madre, tiene experiencias emocionales sobre las que no es capaz de pensar y es la madre, quien poniendo en orden sus vivencias caóticas, a través de la **capacidad de reverie** rea-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

liza esta función. Pero dice Bión que con esto no es suficiente, si no que ella debe estar disponible en tanto que objeto que tiene que ser **internalizado.**

Meltzer se pregunta qué es una experiencia emocional y para llegar a definirla se plantea primero distinguir los items que son manifestaciones llenas de sentido de la personalidad pensante, de aquellas maniobras que son intelectuales, o aprendidas socialmente, o son adaptativas. O de otra forma, ¿cómo uno puede distinguir fenómenos en nuestros pacientes y en nosotros mismos, que son la consecuencia de experiencias emocionales, que han sido sujetos a la formación de símbolos, pensamiento, juicio, decisión y posiblemente transformación en lenguaje, de otros que son habituales, automáticos e inintencionales?

Es central a la teoría del pensamiento de Bion, que una **experiencia emocional** ocurre y si es procesada en representaciones simbólicas que pueden ser usadas para sueños, pensamientos, memoria, pensar, juicio, decisión y acción, tendremos el **desarrollo;** de lo contrario el «incremento de estímulos» debe ser evacuado de la mente, en forma de alucinaciones, desórdenes psicosomáticos, hablar o acciones sin significado y conductas de grupo, que es lo que corresponde a la **psicopatología.** Por otra parte, extendiendo la revelación de Freud de cuan poco conocemos de nosotros mismos, Bion nos trae cuanto de nuestras vidas es vivido sin sentido, es decir, fuera del área en el cual las experiencias emocionales son aceptadas, observadas y pensadas a través de la simbolización, del significado de las emociones que despiertan. Este es un punto que nos alerta sobre la **prevención,** es decir, tener en cuenta dichas experiencias emocionales y todo su valor en cualquier relación íntima, como lo es la relación asistencial.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Nos parece que la observación de bebés es un ejercicio útil, en el sentido de poder acercarnos a lo que son las experiencias emocionales y poder diferenciarlas de los estados de excitación o bombardeamiento de estímulos, para poder establecer cómo es el **desarrollo** del niño, cuál son los estados que se pueden clasificar como **patológicos** y qué medidas se pueden adoptar como **prevención.**

M. Klein y sus seguidores han descrito una serie de fenómenos patológicos como consecuencia de un amplio uso de los mecanismos implícitos en la Identificación Proyectiva, tales como claustrofobia, agorafobia, hipocondria, estados maniaco-depresivos, trastornos del pensamiento y del juicio, ciertos estados confusionales psicóticos, trastornos del desarrollo del carácter, conocidos como pseudomadurez o falso self. Por su parte, Bion atribuye una función específica a la comunicación primitiva entre la madre y el bebé, y con ello sienta las bases para comprender la comunicación no verbal en general. O dicho de otra manera considera que la Identificación Proyectiva tiene una función en el desarrollo del niño, siendo la Identificación Proyectiva un primitivo e inconsciente modo de comunicación central para aprender por la experiencia. Pero además él introdujo el modelo general **continente contenido** en su modelo hipotético del aparato mental. La última adición de **cambio catastrófico** sirvió para enfatizar la violencia de las fuerzas de pensamiento que requieren contención y la particular necesidad de un contenedor que no fuera ni demasiado rígido ni demasiado flexible, de manera que la nueva idea se pudiera desarrollar y sin embargo no destruir su contenido por su fuerza expansiva.

LA OBSERVACION DEL BEBE DAVID. EL MODELO CONTINENTE CONTENIDO.

A través de la observación de un bebé y su familia, vamos a tratar de comprender mejor el modelo continente-contenido. Plantearemos cómo es la experiencia de observación y la estudiaremos con algún detalle.

El primer punto es examinar el encuentro con los padres que esperan un bebé. En ellos hay muchas espectativas, unas gozosas, de esperanza en las que se van a cumplir muchos deseos y otras de temor o fracaso. La norma es que cuando se plantea la observación a los padres, ellos fácilmente suelen aceptarla. ¿Cuál es el motivo para esta aceptación? Consideramos como fundamental la necesidad de un **continente.** ¿Podríamos asimilar la venida de un nuevo bebé, con el nacimiento de una idea que necesita de un continente para que esta idea crezca y se desarrolle, de la misma forma que un bebé necesita de un continente para desarrollarse y crecer?

Veamos qué ocurrió con los padres del Bebé David (observado por la Dra. A. Vives).

El observador se pone de acuerdo y asiste a la primera entrevista. Los padres tienen un aspecto agradable. El padre y la madre desde el primer momento no tienen una actitud totalmente abierta y exponen algunas objeciones de carácter banal. Primero el padre dice, que cuando la ginecóloga se lo propuso, ellos lo vieron muy liado y pensaron que esto de observar no les hacía gracia. La madre pensó que tendría que ir cada día, pero que cuando habló con el observador y dijo que sería cada semana, lo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

vio de forma distinta. El padre se interroga: «¿Pero y en las vacaciones?». El observador sugiere que ella comprende que es entrar en su intimidad, pero *que les estaría muy agradecida si le permitieran hacerlo, pero que ellos tienen toda la libertad de decidir lo que mejor les parezca; la madre contesta rápidamente que ella no tiene ningún inconveniente. El padre se interroga sobre lo que ellos tendrán que hacer y la madre le responde que verlo cuando se le da de mamar o se le baña, etc. Pero la madre se pregunta qué hacer, si el niño está durmiendo. El observador aclara que en ese caso observará también qué pasa. La madre matiza, ¿pero se trata de ver al bebé o la relación con la madre? En realidad, una cosa tiene relación con la otra, contesta el observador. Los dos asienten, y el padre añade que no tienen ningún inconveniente. El observador comunica que desearía que fuera enseguida que naciera el bebé, para poderlo ver desde el comienzo y ellos contestan afirmativamente.*

¿Qué ha sucedido en este primer momento? Diríamos que los padres están necesitados de encontrar un continente y las preguntas y dudas se refieren a establecer las cualidades y funciones de dicho continente, para ver si puede ser aceptado como tal. La primera de las cualidades, tal como propone Meltzer, se refiere a los **límites del continente,** determinados por la atención selectiva. La madre entiende pronto, o intuye, que esta atención selectiva se da cuando comunica al marido lo que el observador necesita observar. La segunda de las cualidades se refiere a que el continente debe ser un **lugar confortable.** En un primer momento, los padres dicen que esto de la observación les parecía un lío, con ello estaban describiendo la observación como un lugar desagradable de confusión o de intromisión, pero esto se desvanece y ellos aceptan de buen grado, cuando se establece la regularidad de una vez por semana (que habla de cómo la técnica de una vez

por semana se manifiesta como útil y suficiente). La tercera cualidad es la **privacidad.** Al hablar el observador de entrar en la intimidad, la madre responde bien, como si reconociera dicha cualidad (algo que es distinto de solipsismo, secreto, retirada, aislamiento o sistema delirante), el padre también lo capta y acepta. Privacidad, por otra parte, significa que algo que tiene un comienzo de una manera muy imperfecta, puede crecer naturalmente a medida que la historia se amplía. Esto es lo que tendrá que suceder a lo largo de la observación, si todo se plantea correctamente y se respeta la técnica de no intervención intrusiva, con consejos, opiniones o ideas preconcebidas acerca de la crianza, o del modo particular en que la madre cuida a su bebé. Ella tiene que encontrarse completamente libre para poder expresar sus particulares modos y maneras de cuidar a su hijo. Una cuarta calidad es la de **exclusividad,** es decir, algo que va a ser sólo para esta madre y que matiza las características únicas de cada relación.

Un primer encuentro con un paciente, o con un paciente niño que viene acompañado por sus padres, puede tener también un inicio similar; en el que los padres exploran de una forma, a veces poco clara, si el terapeuta va a ser un continente adecuado, para recibir lo indeseable o patológico y permitir que elementos saludables puedan desarrollarse. Por parte del terapeuta, si él se siente suficientemente fuerte en su capacidad para contener, pero flexible para aceptar las diferentes dificultades. Flexible significa abierto, receptivo, no rígido, sin preconcepciones, para poder aceptar los límites de la experiencia, ofrecer un lugar confortable, creando una «privacidad», que se va a desarrollar con la historia de la relación entre continente y contenido y con una «exclusividad», que considera la singularidad de cada caso.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

¿Qué sucedió en los momentos posteriores? ¿Cómo continúo esta experiencia en la que se habían sentado unas bases, todavía inseguras de un continente-contenido?

Los padres de David no avisaron al observador. En el seminario, se comentó las incidencias de la llamada telefónica del observador, por qué razón los padres no avisaron pronto, entre otras razones se comentó el hecho que la madre había sufrido una cesárea. También la actitud del observador en su insistencia por conseguir una hora, la consideramos una actitud que se podría calificar de firme, si en un principio hubiera sido más flexible, para aceptar la actitud de la madre en no avisarle y esperar a escuchar, los motivos que ella le explicó después.

De la misma manera, en el trabajo de asistencia a un paciente, en un primer momento, hemos de tener la flexibilidad suficiente, para aceptar la situación tal cual se nos presenta. Por una parte el paciente, o los padres que acompañan a un niño, tratarán de mostrar reticencias que son debidas a sus problemáticas particulares, que hemos de aceptar tal como son. Por otra, hemos de estar atentos a nuestras impaciencias o deseos de que las cosas funcionen de otra manera, con objeto de modular nuestros impulsos y ser más objetivos y receptivos. El problema no es fácil, como le sucedió al observador, él creía que estaba velando por su trabajo, pero le fue difícil elaborar un cierto montante de frustración y de alguna forma lo transmitía a la madre, con lo cual su firmeza no fue bien aceptada en un primer momento. Un conjunto de acontecimientos deben ensamblarse para dar comienzo al inicio de la relación y **la tolerancia y espera atenta debe ser la guía, antes de cualquier actuación.** El hecho de la cesárea, por el consiguiente peligro para el niño y la madre, debió ser un motivo para despertar un incremento de las ansie-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

dades ante el cambio catastrófico. Es, como si todos estos indicios fueran el presagio del cambio catastrófico que determina el nacimiento, con los fuerzas del pensamiento que requieren contención y la particular necesidad, de un contenedor que no sea, ni demasiado rígido, ni demasiado flexible, de manera que la nueva idea (el nuevo bebé) se pueda desarrollar y sin embargo no se destruya su contenido (aquí el bebé en peligro) por su fuerza expansiva. Sugerimos que, entre otras razones, la madre trata de retardar el comienzo de la observación por este temor.

LA PRIMERA OBSERVACION O EL ENCUENTRO CON LA EXPERIENCIA EMOCIONAL

Veamos cómo suceden las cosas en la primera observacción, cuando David tiene ya 12 días.

La madre abre con una cara afable. Hace pasar al observador y dice que ahora el niño está durmiendo. Le ha dado de mamar a las 12,30 y pronto se despertará. Aguanta tres o cuatro horas, es muy tranquilo. Hace pasar al observador a una habitación minúscula, donde está David, en una cunita. El bebé está boca abajo, dormido, con la cara apoyada sobre el lado derecho. El observador deja el regalo que lleva para el niño en una sillita cerca de la cuna. La madre, después de contemplar al bebé un momento, vuelve a taparlo e invita al observador a pasar al comedor, diciendo que después lo verán. Se sientan en el sofá y ella comenta que le supo mal no haberle llamado antes. Que en la clínica pensaron que la llamarían, pero después se les fue de la cabeza. Fue una cesárea. Vieron que durante las contracciones, el corazón del niño iba de-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

masiado deprisa o muy despacio. A las 24 horas, ella estaba que se comía el mundo, pero al cabo de unas horas se empezó a encontrar chafadísima y estuvo unos días que no se aguantaba. Ahora ya está mejor y el niño está bien, entran de nuevo en la habitación.

En esta primera parte de la observación, la madre después de presentar al niño dormido, necesita hablar con el observador a solas, como un intento de reconocer y preparar al **continente-observador,** ya que hubo una situación anómala previa, a parte de una cierta intrusión del observador por teléfono; lo que requería un reajuste de continente-contenido u observador-experiencia de observación. Una vez resuelta esta situación, la madre está dispuesta para entrar en la habitación del niño. La observación de bebés la podemos considerar como un hecho natural, en el que la madre, ante el nacimiento de un nuevo ser, necesita encontrar un continente adecuado, donde sea posible desarrollarse la idea de crecimiento del bebé. En el seminario se comentó la acertada actitud de espera del observador, en dejar el regalo para después y permitir que fuera la madre quien marcase las pautas. Lo que no obstaculizó el que la madre tratara de resolver el conflicto previo.

La observación continúa en la habitación del bebé. La madre afirma que David es muy diferente que su hermano Rafa. El otro apenas si se movía en el vientre y éste no paraba. El bebé continúa dormido en la misma habitación. Lo destapa y le dice: «David, mira quien te ha venido a ver, estás muy dormido». Le pasa el dedo índice por la mejilla. El bebé hace intentos de abrir los ojos, sin llegar a conseguirlo, arruga la frente y tira de las cejas hacia arriba. Después mueve brevemente las piernas y los brazos. La madre pregunta al observador si tiene niños, y ante la afirmación del observador, ella sigue insistiendo: «mira,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ha venido a verte la Angeles». El bebé gira la cabeza, refregándose la cara por un momento en la sábana y se queda apoyado del otro lado, subiendo la mano derecha hasta tocarse la barbilla, la madre decide ir a ponerse la bata para darle de mamar.

La madre establece diferencias entre el bebé y su hermano Rafa, algo así, como si quisiera decir que David tiene otra **identidad.** El otro no se movía de esta manera dentro del vientre y éste sí. ¿Quiere ello decir que David tiene más vitalidad, o más deseos de nacer y salir fuera del útero? El niño tiene un buen sueño e inmediatamente que se despierta puede tocarse hábilmente la barbilla, por decirlo de otra forma, intenta poner juntas dos partes vivas de él. La madre en seguida, le presenta complacida al observador, como sintiendo que para el bebé, el observador será también una ayuda. Es también un intento de reproducir el funcionamiento de lo que nosotros hemos venido en llamar Unidad Originaria, unidad funcional, creada por la presencia de la madre, el padre (en este caso el observador) y el bebé, para promover desarrollo a través de dar consistencia al continente.

La observación sigue: «El observador permanece junto al bebé que levanta mínimamente las cejas, moviendo ligeramente la mano derecha que toca su barbilla. En seguida vuelve la madre, y el observador le da el regalo. Ella se queda sorprendida y lo abre, mostrándose contenta, mientras comenta al ver el osito, que le vendrá muy bien porque no tiene ninguno. Le va diciendo al niño, mira lo que te ha traído la Angeles, un osito para que juegues. El bebé se ha ido despertando, mueve la cabeza de un lado a otro, con las manos cerca de la cara, empieza a gemir. La madre le pregunta qué le pasa y le recuerda que su hermano le coge las cosas y le da empujones, y dirigiéndose

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

al observador le dice que han de estar muy atentos a lo que le hace el hermano. David protesta con más fuerza. Al destaparlo, mueve las piernas y pone la cara contra la sábana, con las manos a los lados. La madre lo coge, le da la vuelta y se lo muestra al observador. David tiene los ojos abiertos, moviendo la cabeza hacia ambos lados, tocándose las mejillas con los dedos. La madre va a salir de la habitación y se lo repiensa y decide cambiarlo primero. El bebé sigue protestando, sin llegar a llorar. Cuando estira al niño sobre la cama, éste rompe a llorar. Ella dice «uy, uy, ¿qué te pasa?, tú quieres que vaya muy deprisa y no se puede». Le retira el pijama, y David llora más fuerte, con los brazos extendidos y las manos abiertas. Mueve la cabeza hacia los dos lados, acercándose alternativamente las manos a la cara. Al quitarle el pañal, David llora francamente y con fuerza. La madre dice «qué mala es mamá, no te lo sabe hacer, va muy despacio y tú tienes hambre».

La madre responde con reconocimiento y valoración ante el regalo del observador, como algo valioso que le servirá para el desarrollo personal del bebé (capacidad de juego) y para diferenciarlo del hermano, que está expresando su descontento de haber sido desprotegido del regazo de la madre, con la hostilidad hacia el hermanito, hecho que la madre reconoce con naturalidad. Al despertarse, el niño responde con comportamientos habituales de protesta y ante ellos, la madre tiene una cierta dificultad, pero diríamos que se decide por elaborarlos previamente, antes de que se establezca la relación con el pecho. En el seminario se preguntó si el hecho de retrasar la alimentación al pecho, era una actitud paranoide de la madre, que temía que las cosas irían mal. Se señaló que parecía más probable un deseo, por parte de la madre, de elaborar mejor la relación con su hijo a través de un contacto corporal previo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En otro momento de la observación vemos que: «le vuelve a poner el pijama y vamos hacia el comedor, se sienta en el sofá. Se destapa el pecho izquierdo, ella le acerca la cabeza y David, después de un movimiento corto, atrapa el pezón con la boca y empieza a chupar, casi inmediatamente. La mano izquierda cerrada, apoyada entre el pecho y su boca. Ella se mira el reloj y cuenta cómo el bebé antes se hacía mucho lío con las manos. La madre parece que no está muy cómoda y al cabo de unos dos o tres minutos, pide al observador si le puede traer una banqueta baja del cuarto de los niños, éste lo hace. Ella se levanta para sentarse en la silla, pero el niño empieza a protestar sin llegar a llorar. Ella le calma, diciendo: «ahora, ahora». David se vuelve agarrar en seguida al pezón y vuelve a chupar, pero más lentamente, está así unos dos o tres minutos, va parando. La madre le va pasando su dedo índice por la mano izquierda del niño, que está cerrada. Mientras mama mira fijamente un punto que parece ser el pendiente de la madre. Esta. cuando ve que para, le dice: «¿es que ya no puedes más?», y dirigiéndose al observador, opina que parece que traga mucho aire. Se lo aparta del pezón y le sostiene la cabeza entre las manos, apoyándolo sobre las rodillas. David mira hacia los lados y bosteza varias veces. La madre dice que a veces aprovecha un bostezo para ponerle el pezón. Lo prueba en una ocasión, pero David mueve la cabeza sin cogerse. Lo vuelve a poner sobre las rodillas y le dice: «es que tú vas muy despacio ¿verdad?, claro, ahora contamos con tres meses que no tenemos nada más que hacer. Mamar y dormir ¿verdad? y nos lo podemos tomar con mucha calma». David hace un erupto y la madre hace un suspiro, mirando al observador y a él con aprobación. Le acerca la cara, el bebé tiene los ojos muy abiertos y la mira atentamente. Ella le repite: ¿verdad?, y David sonríe ampliamente. Ella se echa a reír y el observador también. Ella se acerca más y toca con su nariz la nariz del niño. El observador comenta cómo ha sonreído y ella dice: «¿verdad

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

que sí?, dicen que con este tiempo es muy pronto, pero ha sido una sonrisa. Los primeros días era diferente».

La forma en que ha ido la alimentación al pecho, nos hace valorar como adecuada la actitud de la madre de haber empezado cambiándole. Cuando el niño se decide por mamar rápido, ella le responde con paciencia diciendo que tiene mucho tiempo disponible para estar con él y esto está particularmente potenciado por la presencia atenta del observador, o si se quiere, por la recreación de la Unidad Originaria. La actitud de la madre se refleja en la sonrisa del bebé, que podemos calificar como de una verdadera **experiencia emocional,** en la que todos quedan envueltos. El inmediato significado de la relación con la madre, fue experimentado con la emoción de la sonrisa, en el que su significación está últimamente implicada con **relaciones íntimas** (como si el bebé hubiera captado el mensaje de la madre con su afirmación: tendremos mucho tiempo para estar juntos). Aquí podemos diferenciar bien lo que es una experiencia emocional, como una manifestación de la personalidad llena de sentido y que ha necesitado una elaboración o trabajo psicológico de parte de la madre, diferente de las maniobras iniciales en las que el niño protestaba, lloraba, o estaba más ausente, como manifestaciones más adaptativas.

En la observación, la madre se desabrocha el pecho derecho y dice: «bueno vamos a volver». Lo coloca bien y David, después de un momento de vacilación, se coge al pezón y empieza a mamar. Este tiene los ojos muy abiertos, mirando fijamente hacia la oreja de la madre, está así pocos minutos. David tiene la mano derecha cogiendo el pecho de la madre, el observador comenta este hecho y ella se ríe y añade: «debe ser para que no se le escape». Poco a poco va parando de mamar; ella prueba de retirar

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

el pezón, pero él cierra la boca. Ella se lo muestra al observador y dice: «ves, no mama, pero si se lo retiro no lo suelta». Le va diciendo: «¿qué David? va, mama, que pronto vendrá el Rafa y vendrá familia y te verán». Se aprieta el pecho, pero David mantiene la boca cerrada sin chupar. Lo retira y se lo pone de nuevo sobre las rodillas. Le acerca la cara y le dice: «¿qué, ya no quieres más?». David vuelve a sonreír, mirándola fijamente. Ella se ríe y le da un beso: «eres muy risueño ¿verdad?». Le hace cosquillas en la barriga, luego en los pies y vuelve a sonreír. Dice: «¡ah! eso no lo sabía que tenías cosquillas en los pies». Después se abrocha, se levanta con el niño apoyándolo sobre su hombro izquierdo. Empieza a pasearse, mientras le dice que pronto vendrá el Rafa. Al poco se oye un eructo sonoro. La madre hace una exclamación y dice que debe tragar mucho aire. Se lo mira, vuelve a hacer otro, comenta que ya van tres. Vuelve a sentarse y le ofrece el pecho derecho. David mama un par de minutos más, luego vuelve a pararse. Su madre dice: «bueno ya está bien por ahora» y lo aparta del pecho, se levanta y apoya el niño sobre su hombro izquierdo. Comenta que acostumbra a pasearlo un poco, se lo aparta y le mira la cara, viendo como ha echado un poco de leche, le limpia con un pañuelo y le va diciendo lo cochino que es».

Comentaremos que, cuando tiene lugar una **experiencia emocional,** después todas las secuencias empiezan a tener sentido, o la madre intentará dárselo. Esto es lo que hace la madre al estar explicando a su hijo una serie de cuestiones, como si todas ellas fueran entendidas por el bebé. Podríamos decir, que es por ello muy importante que en nuestro trabajo sepamos detectar, cuando estamos frente a una experiencia emocional, o estemos decididos a respetar la situación de tal manera que se dé una experiencia emocional, en nuestro encuentro con nuestro paciente, porque después se va ha hacer más entendible nuestra

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tarea, al estar ésta llena de sentido. Si hacemos un trabajo previo de aceptar lo no entendible, frente a las maniobras del paciente que son intelectuales, aprendidas, adaptativas, o evacuativas, tendrá lugar un cambio en la relación en la que podremos tener acceso a ver los vínculos propuestos por Bion de Amor, Odio y Conocimiento, y poder así diagnosticar si empiezan a funcionar elementos de desarrollo y crecimiento o, por el contrario, elementos extraños que llevan a la psicopatología.

Continuamos con la observación: «La madre muestra el bebé al observador y le dice: «ves, es la Angeles, que te vendrá a ver muy a menudo». Le dice: «ven, que nos sentaremos en el sofá». Se sienta con el niño apoyado sobre las rodillas y le habla. David empieza a cerrar los ojos. Ella le susurra: «no te duermas porque vendrán a verte, ¿no sabes que tienes otra cama que te han traído para que estés en el comedor? Aclara que le han traído una cama del primo, últimamente han nacido muchos niños en la familia. Unos gemelos, otro primo, el Rafa, y ahora el David». Se dirige a él: «sí, muchos primos, pero tú eres el más pequeño, sí, y tienes una cama de la abuela». Mientras el bebé se va durmiendo, con los ojos cerrados, respiración pausada y los brazos caídos a lo largo del cuerpo. A momentos, según le habla la madre, abre los ojos, que se le cierran en seguida. La madre comenta que la cama de la habitación es de la abuela. Han dormido muchos de la familia y, dirigiéndose al niño, va hablando de los tíos y primos del niño. Enumera los colores de los que ha sido pintada Expresa cómo después de mamar, le gusta estar así un rato con el niño, y continúa: «ahora tengo tiempo, dentro de tres meses tendré que ir al trabajo». Es la hora y la madre con el niño en brazos acompaña al observador hasta la puerta.

Cuando la madre invita al observador a sentarse juntas

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

en el sofá, es para continuar recreando una relación viva con su hijo. Lo que le lleva a considerar que hay muchos niños, pero que David es especial, no sólo porque es el más pequeño, si no porque tiene la cama de la abuela. Diremos también que todo este tiempo después de mamar, el niño necesita estar en el pecho, o en los brazos de la madre, escuchando cómo ésta le habla, para poder incorporarla no sólo como alguien que llenó sus necesidades, sino como un objeto pensante. En este sentido interpretamos que su deseo de dormir después de estos momentos placenteros, no lo veríamos tanto como una retirada del mundo vigil, sino como un deseo de ir al lugar idóneo para realizar esta función, de recrear este pecho interno pensante. Como consecuencia vemos que la experiencia ha sido satisfactoria, y ello se refleja incluso en su estado somático, con respiración pausada y brazos relajados. La madre añade una pequeña anécdota interesante, hablando de la cama de la abuela, como refiriéndose a una larga tradición familiar que le da seguridad. Podríamos decir que éstas son derivaciones históricas del funcionamiento de la Unidad Originaria, que quiere compartir con el observador. En este mismo sentido es que a ella le gusta estar con su hijo y cómo el hijo le transfiere la fuerza que dimana de la Unidad Originaria, que viene tanto de la familia pasada, como de su hijo actual. Enfatiza incluso el recuerdo de los colores, como si se tratara de emociones coloreadas diferentes (la cama pintada de diferentes colores), a través del tiempo. Todo ello no es una simple idealización, porque la madre hace un planteamiento realmente saludable de la situación, disfrutando del tiempo que ahora dispone para estar con su hijo sin que el futuro le inquiete, ni tenga que realizar otras actividades fuera de la maternidad en estos momentos. Hemos asistido a una primera relación entre la madre y el bebé, con predominio de lo placentero, donde la tónica no fueron las ansiedades de la posición esquizo-paranoide, si no la conjun-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ción funcionante de la Unidad Originaria; lo que me hace pensar que ése sería el comienzo teórico inicial.

LA CAPACIDAD DE «REVERIE»

Una de nuestras tareas esenciales, en nuestro trabajo clínico es el de descubrir la experiencia emocional, que el paciente es incapaz de vivir por él mismo y que tenemos que realizar nosotros a través de un alto grado de identificación con el paciente, o una profundidad en la **capacidad de «reverie».** La Observación de Bebés es una fuente de inspiración para poder imaginarnos estos estados primitivos, a la vez que estamos creando, con nuestro trabajo en el seminario, un instrumento de investigación y penetración en los fenómenos de la experiencia emocional, por medio de la capacidad de «reverie». Bion dice que cuando los fragmentos de contenido no encuentran continente, para ser elaborados, estos fragmentos tienden a permanecer como partículas dispersas de estimulación psíquica, que llevan a la psicopatología. Así por ejemplo, cuando el niño llora desconsoladamente, o está muy alterado, en un estado de confusión, este estado se puede, o bien traspasar al cuerpo y manifestarse como desarreglos o perturbación corporales, o bien en comportamientos aprendidos de tipo no pensante, que dan lugar a los trastornos de naturaleza psicótica. Bion piensa que el Desarrollo Mental se lleva a cabo mediante la digestión de vivencias, pero al tener el bebé (podíamos decir el paciente) experiencias emocionales sobre las cuales no es capaz de pensar, proyecta estas partes en la madre. La madre y su mente tiene que cumplir esta función de pensar a través de la capacidad de «reverie», poniendo orden en el caos

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de vivencias y sensaciones y estando disponible en tanto que objeto que debe ser introyectado, disponiendo de un tiempo sosegado, tal como empieza a hacer la madre de David.

En la segunda observación, que David tiene 16 días, el bebé está dormido, a momentos acelera la respiración, y hay como un ligero estremecimiento, frunce las cejas. Más adelante, se estremece, gime quedamente, se retuerce, levanta el trasero, se oyen unas ventosidades, hace un movimiento brusco de la mano izquierda, pone el trasero en pompa, levanta la mano derecha a la altura de la cabeza. y girando la cabeza refriega la cara contra la sábana, con un gemido entrecortado. Después vuelve a girar la cara a la izquierda, gimiendo con más fuerza y poniéndose rojo. Mientras viene la madre por el pasillo, levanta la cabeza y la mantiene unos segundos erquida, rompiendo a llorar. La madre viene y dice: «David, ¿qué te pasa?, uy, uy». El observador le dice que se ha puesto rojo, y ella contesta que no sabe si le duele la barriga, y pregunta si ha hecho caca, el observador dice no saberlo, que ha oído una ventosidad. Lo coge decidida, le da la vuelta y, envolviéndolo con una manta, se lo muestra al observador. El bebé, que ha dejado de llorar al oír a la madre, tiene los ojos abiertos con una expresión viva. Se lleva la mano derecha a la boca, dirigiendo la boca a la derecha para establecer más contacto con la mano, mientras que con la mano izquierda se toca la oreja del mismo lado, manteniéndola así un tiempo. Vamos al comedor, la madre comenta como se encuentra de los puntos y David se la mira con los ojos abiertos y vivos, y cuando la madre se dirige al abservador, él gira la cara a la derecha, sin llegar a mirar al observador, tocándose con la mano derecha la mejilla, acercándosela a la boca y llegando a meterse el dedo indice en la boca; después de un momento, bosteza.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En esta pieza de material, mientras el bebé duerme, el observador aprecia la aceleración de la respiración, el estremecimiento, el frucir las cejas, las ventosidades, movimientos bruscos, posturas corporales, refregarse la cara en la sábana, poniéndse rojo, gemidos y luego llanto, nos parecen que son manifestaciones que tienen las características de **partículas dispersas de impresiones sensoriales, a la búsqueda de un continente.** Diríamos que la madre capta dicho estado al decir: «Uy, uy, ¿qué te pasa?». El observador le hace notar que se ha puesto rojo y ella se pregunta si le duele la barriga, como una expresión del desplazamiento al cuerpo de estas malas impresiones, o si ellas han sido evacuadas a través de la caca. En el momento que el bebé es cogido por la madre, él abre completamente sus ojos con expresión viva y llevándose con habilidad las manos a la boca o a la oreja, como una manifestación de consensualidad sensorio-motriz, encontrándose a salvo en el adecuado continente. Quisiéramos añadir que dicha consensualidad también se da en la observación, lo que prepara la situación, estando la madre y el observador dispuestos, para una buena capacidad de «reverie».

En el momento siguiente: «La madre se mira al bebé y en un gesto decidido se levanta, lo deja tendido en el sofá y se saca el jersey, todo muy rápido. Coge al niño y va a buscar una silla, que la coloca al lado del sofá, sentándose con el niño. Se destapa el pecho derecho, David. cuando su madre se le acerca, se coge inmediatamente al pezón y se pone a chupar. El niño tiene los ojos abiertos, pero al empezar a mamar los cierra, la mano derecha la tiene apoyada sobre el vientre. El observador le comenta como se ha cogido en seguida y ella responde: «¡ah!, sí, siempre se coge en seguida, tanto en un pecho como en otro». El niño que ha empezado a mamar con cierta rapidez, poco a poco va haciéndolo de una manera más pau-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

sada y rítmica. La madre comenta que se coge deprisa y después se va parando, hoy ha mamado de un solo pecho las dos veces. Por la mañana le ha dado de este mismo pecho cinco minutos y ha tenido bastante, ella asevera que el niño está tomando sus propias medidas, ahora no saca tanto. El niño se para un momento y ella acaricia su mejilla derecha con el dedo índice y le dice: «va, Rafa (corrige), David, que llevas muy poco, no me vas a hacer como esta mañana, ¿verdad?». El niño reemprende el ritmo de chupar y durante un tiempo, lo hace seguido, sin abrir los ojos. Se coge el pecho como exprimiéndoselo ligeramente, el niño va parando. Se mira el reloj y lo aparta del pecho con cuidado. Se lo coloca sobre las rodillas y comenta que es un niño más mayor, que le ha cambiado hasta la piel, le mira y le dice que tiene unos granitos. y él abre los ojos y la mira con cara seria. Le pasa la mano por la barriga y le dice que está engordando. Después le coge una mano, luego la otra, mientras ella dice: «uy qué manos tiene el David». David vuelve a cerrar los ojos y a lo que ella añade, que se está engordando. La madre piensa que ha de volver a darle de mamar mientras le acaricia la mejilla y le da un beso. Lo vuelve a colocar en posición de mamar y al acercarle el pecho, David vuelve a cogerse, chupando inmediatamente. El bebé tiene los ojos abiertos y va mirando, alternativamente, en dirección a la oreja, cuello y cara de la madre, como haciendo un recorrido, mientras ella está absorta, mirando un cuadro de la pared. Cuando ella vuelve a mirarlo, el observador le dice, que David le iba mirando como repasándole la cara, y ella le pregunta al niño: «¿ah sí?, mientras yo miraba el cuadro, tú me mirabas a mi, eh?». Al mirar al niño, él le mira a los ojos. Luego pregunta al observador: «pero ¿a esta edad ven? El observador contesta: «bueno no sé, te miraba con mucha atención», y la madre afirma, a mí me conoce la voz, pero no sé si la cara. Se oye un ruido de tripas y ella lo señala y pregunta si el otro dia hizo eructos. El observador contesta que hizo tres. Continúa con el bebé, aca-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

riciándole con el dedo índice la mejilla. Al cabo de poco y en un momento en que David estaba parado, con el pezón cogido, ella la estira. El mantiene la boca cerrada alrededor del pezón, pero ella lo estira con más firmeza, sacándoselo de la boca. Se lo coloca sobre las rodillas. David está con los ojos abiertos, con expresión grave, mirándosela fijamente. Ella le acerca la cara y le dice: «¿qué?, ¿qué?», y él esboza una sonrisa. Ella le dice: «¡ah!, y le da un beso, riéndose, David se gira y mira fijamente al observador, con el ceño fruncido y los labios en protusión, durante unos segundos. Ella le dice: «¡oh! ¿qué, estás enfadado?». Después vuelve a mirar a su madre. Parece plácido. Es la hora y el observador se despide».

Diríamos que ha sido la actitud decidida y autónoma del bebé, después de haberse encontrado con el efecto positivo del encuentro emocional con su madre, la que ha despertado la pronta respuesta de la madre, que se dispone a darle el pecho. Estimula también una respuesta positiva y atenta de parte del observador. Más aún, la madre está de nuevo decidida a que el observador adquiera características de continente, y entonces le puede explicar sus dificultades en la lactancia, elabora el conflicto que tiene la madre en confundir a David con el otro bebé Rafa, hasta entrar, por así decirlo, en un abierto «reverie» plasmado en su mirar absorta un cuadro, mientras a su vez el bebé hace todo un ejercicio de visión periférica del rostro de la madre, pasando por la oreja primero, hasta encontrarse finalmente con la visión directa de los ojos de la madre. Capacidad de «reverie» que de nuevo ha envuelto a todos, como en la observación anterior cuando la madre también reproducía una buena «reverie» en su contacto con David. Es por ello, que después la madre puede separar al niño del pecho con bastante firmeza y claridad. El niño responde en este sentido con una cara de seriedad, como si estuviera realmente intentando ela-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

borar ansiedades de separación. Todo ello pudo ser visto más adelante, cuando ella tuvo que empezar a trabajar y tuvo necesidad de traspasar el niño a la cuidadora y lo mismo en el proceso de destete, que pudo transferir al biberón calidades de pecho. Lo que de alguna forma facilita el desarrollo del niño y está haciendo una labor preventiva, evitando que las sensaciones puedan seguir un camino patológico.

En resumen, nos parece que el alto grado de identificación, empatía, o capacidad de «reverie» que se necesita para ponerse en contacto con los fenómenos primitivos del desarrollo, pueden ser facilitados por la Observación de Bebés. La técnica de observación de bebés promueve la creación de un continente sólido, qpue puede ser un instrumento de investigación, que nos permita acercarnos a lo que son las experiencias emocionales y poder diferenciarlas de los estados de excitación o bombardeamiento de estímulos, y así establecer como es **el desarrollo del niño,** cual son **los estados patológicos** y qué medidas se pueden adoptar como **prevención.** En este sentido el concepto de Unidad Originaria, con su potencial libidinal, nos parece importante tenerlo en cuenta en nuestra labor clínica en cuanto a protegerla, potenciarla, o ser conscientes de su falta, para así poder aportar la forma de ayuda más adecuada.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

BIBLIOGRAFIA

Bion, W.: «Elementos de Psicoanálisis». Buenos Ares, Paidós, 1966.

Meltzer, D.: «Studies in extended metapsychology». Londres Clunie Press, 1986.

Pérez-Sánchez, M.: «Observación de Bebés». Barcelona, Paidós, 1981.

Pérez-Sánchez, M.: «Observación de Niños». Barcelona, Paidós, 1986.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

P.: **Ricardo Sanz,** Valencia. «Te estoy muy agradecido porque creo que has producido, al menos en algunos de nosotros una auténtica «experiencia emocional con impacto estético». Ahora, yo tendría una interrogación sobre el **status epistemológico y metodológico** de tu interesantísimo trabajo. Porque yo creo que se mezclan diversos niveles, que serían, por un lado, lo que podríamos llamar datos de la realidad observable, según la metodología científica de la observación, del tipo de, por ejemplo, si un ratón entra o no entra en un laberinto, etc., con hipótesis, con modelos, con metáforas. Es decir, por ejemplo, en lo que tú nos traías estaba lo que el bebé hacía en su conducta motórica, «pone la mano arriba, abajo, etc...», era una descripción de conducta según el modelo etológico, como lo que hace, por ejemplo, Brazelton, en Boston, y los americanos que están estudiando el equipamiento del bebé (Alberto Lasa nos ha recordado antes que cada vez se demuestra que ese equipamiento está más precozmente desarrollado, lo que confirmaría el Yo precoz, etc....).

Pero esa es una metodología de observación bastante distinta a la psicoanalítica, por ponernos en el otro extremo; por ejemplo, Cramer, o Levobici, aunque muy distintamente, dicen «yo soy fundamentalmente analista, yo trabajo a partir de las palabras, a través del lenguaje, que me comunica los fantasmas, por lo tanto, como el niño no me habla, trabajo con los fantasmas de la madre que, por supuesto, probablemente vehiculan, y es una hipótesis, cosas de la relación con el hijo... pero, en definitiva, trabajo con lo que la madre me cuenta, con sus fantasmas, etc.

Además, como analista, yo no puedo dejar de inter-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

pretar, porque entro en interacción, no puedo ser un observador porque entro en interacción...».

Digo esto porque creo que otro nivel sería la observadora, la contratransferencia de ella, o su conducta también.

Otro nivel sería... tú has dicho muchas veces «en el seminario se dijo tal cosa, o tal otra».

Finalmente estaría el contexto de que tú nos lo estás contando aquí, además de una manera muy viva, muy entusiasta, muy contagiosa yo diría. Todo esto lo prueba el que, en un momento dado has dicho «el bebé parece que va lento, dice la madre...» y a continuación: «¿voy yo demasiado rápido?».

Todo esto, para mostrar los diferentes niveles de contexto diferente y que a mí me hacen plantearme cómo conseguir ese ensamblaje de metodologías, cómo articular esas metodologías. Yo pienso, con Alberto Lasa, que lo orgánico y lo psíquico lo articularemos algún día (espero también que, por ejemplo, lo sistémico y lo analítico). Pero, el cómo articularlo creo que es una labor a empezar a preguntarse ahora.

Por resumir caricaturizando, en un momento dado has dicho que la observación, qué duda cabe, es una fuente de inspiración..., yo te diría que el opio también era una fuente de inspiración para Baudelaire...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Junto con esto creo que es importante que nos vayamos dotando cada vez más, de una parrilla metodológica donde esa inspiración, ese entusiasmo, esa práctica, puedan quedar coordinadas».

R.: Mi conferencia ha sido muy rápida, y yo no pretendía darles a Vds. más que un flash y no explicarme científicamente, ni epistemológicamente acerca de lo que es la observación. Yo, ciertamente, quería provocarles un impacto estético, estoy totalmente de acuerdo... Pero creo que hay una diferencia entre la adicción al opio y realmente una devoción por el método de observación que pretende, de alguna forma hacernos objetivos.

Yo no estaría de acuerdo en que el método de observación no esté inspirado, no tenga nada que ver, con el psicoanálisis. El método de observación está inspirado en la técnica analítica: la neutralidad benevolente, la atención flotante, etc., etc...., el respeto por el marco de trabajo y el setting...

Por supuesto que hacemos inferencias sobre lo que el niño pueda pensar, esto es cierto, pero yo creo que ése es un ejercicio muy útil para comprender mejor al paciente.

P.: **Joana M.ª Tous,** Barcelona. «El Dr. Pérez Sánchez nos ha presentado lo que era una verdadera experiencia emocional. Esta experiencia que él ha descrito estaba caracterizada como una relación en la que había un intercambio fácil y grato para los dos, como lo muestra cómo se ha ido llevando los hechos, cómo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ha actuado la madre y también cómo estaba en aquel momento el niño.

Pero me habría gustado tener más tiempo para que el Dr. Pérez Sánchez nos hubiera hablado de otras verdaderas experiencias emocionales en las que las cosas no se dan de esta forma, tan fácil. Porque no quisiera banalizar cómo ha ido la experiencia descrita, pero hay otras en las que la frustración, la demanda del niño o la disponibilidad de la madre, hacen que no se pueda llegar fácilmente a un intercambio mutuo.

Y que nos pudiera explicar cómo precipitarla, hacerla falsamente buena, es no afrontar la situación real emocional del niño, y que es muy buena experiencia emocional el poder contactar con la rabia, la hostilidad, la agresión que en toda relación y en determinados momentos aparecen».

R.: De acuerdo que hay muchas dificultades en muchas relaciones con los niños. Pero, sin embargo, la intención de mi comunicación es premeditada, en el sentido de mostrarles a Vds. que la observación de bebés nos pone en contacto con una función esencialmente libidinal, y de esa manera se pueden enfrentar las dificultades que otras madres tienen con otros niños.

Yo creo que a partir de la observación de bebés, podemos ver la relación con los pacientes de una forma mucho más fácil. Se puede enfrentar los aspectos destructivos, la rabia y los celos. Pero yo creo que lo esencial que aporta la observación de bebés es el aspecto libidinal.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ESPACIOS PARA LO PSIQUICO EN EL TRABAJO PREVENTIVO DE UN PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Por L. F. CABALEIRO

INTRODUCCION

Me limitaré aquí a una breve exposición sobre mi trabajo dentro de un programa materno-infantil en el que desempeño mís funciones como psiquiatra desde hace unos siete años. Ello tiene lugar en el Centro de Promoción de la Salud de Retiro del Ayuntamiento de Madrid, y es ineludible que contextualice esta labor.

Los Centros de Promoción de la Salud (C.P.S.) son centros que, desde hace aproximadamente ocho años, el Ayuntamiento madrileño ha ido abriendo, con objeto de llevar a cabo funciones sanitarias de carácter preventivo, lo que muy pronto hubo de compaginarse con la atención a la población aún conocida como «la Beneficencia». Este proyecto, que quería dotar a cada uno de los 18 Distritos Municipales con un C.P.S., hoy se puede decir ya, con bastantes visos de certeza, que no es más que una estrella fugaz en el horizonte sanitario madrileño. Su destino parece encaminarse hacia una reconversión dentro de los planes sanitarios de la Comunidad Autónoma. Sus funciones —algunas innovadoras y fértiles— puede que sean, o no, asumidas en ese nuevo y más adecuado nivel de integración sanitaria.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Pues bien, en el C.P.S. de Retiro trabajamos un pediatra, dos ginecólogos, dos médicos internistas, un psicólogo, tres psiquiatras, varios diplomados en enfermería y una asistente social, además del personal auxiliar sanitario y administrativo. Realizamos, entre otros, el Programa materno-infantil, en el que participamos, en mayor o menor grado, un miembro de cada una de estas profesiones.

Tras un esbozo inicial, hemos ido dando forma, madurando y modificando la organización del Programa. El objetivo general ha sido, y sigue siendo, aumentar el nivel de salud de aquella población del Distrito formada por los personajes que se encuentran en torno al embarazo, parto y primeros tiempos de la crianza del niño. Hasta la fecha hemos visto 600 casos y atendido a casi 2.000 personas.

No puedo explicar en detalle la organización del Programa. Diré simplemente que, tras la difusión en el Distrito y, previo contacto telefónico, la mujer embarazada viene a unas primeras entrevistas con su pareja, pasando luego a formar parte de un grupo de ocho parejas constituido en función de las probables fechas de parto, que no se distancian entre sí más de cinco semanas. Durante cinco lunes seguidos las mujeres hacen los ejercicios de respiración y la relajación, incorporándose luego, al grupo, sus parejas para participar cada día en una charla donde propiciamos un ambiente dialogante. Cinco charlas en total, sobre embarazo, parto y primeros momentos de la crianza del niño, de las cuales en una, se abordan las implicaciones psíquicas.

Terminado este ciclo preparto, las parejas nos contactan telefónicamente después de dar a luz. Tiene lugar en-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tonces una entrevista de Salud Mental y otra de Pediatría, que van seguidas de siete revisiones de puericultura pediátrica que llegan hasta los dos años y que cubren también las vacunaciones de este período. Si todo transcurre sin problemas en la entrevista posparto, Salud Mental sólo intervendrá si hay luego una demanda directa de los padres o por derivación del pediatra. Si hay dificultades, la entrevista posparto puede ser al comienzo de un trabajo psicoterapéutico. Pero además, una vez que ha dado a luz la última mujer del grupo, se realiza un segundo ciclo de actividades grupales. Media hora de gimnasia de recuperación posparto precede a cuatro charlas: dos dedicadas a cuestiones preventivo-pediátricas y otras dos a cuestiones de salud mental. Si al llegar a los dos años de vida del niño, ponemos el tope de las actividades regulares del Programa, no es así en lo que concierne a consultas y seguimientos, tanto de índole psíquico como social o pediátrico, que se requieren.

Una tercera y última parte del Programa está dirigida a las guarderías y escuelas infantiles del Distrito, especialmente al trabajo con educadores. Señalar, finalmente, que el trabajo de elaboración, coordinación y seguimiento se realiza en las reuniones de equipo.

Tras este breve esquema, me referiré ahora fundamentalmente a mi trabajo y mis funciones como psiquiatra infantil del Programa. Hablaré de algunos aspectos de esta tarea, de diferentes cuestiones y situaciones con las que me encuentro y del sentido que no siempre a priori quise dar, sino que a posteriori encontré que estaba dando a mi quehacer en esta interesante experiencia (*).

(*) Aquí quiero mencionar que en diferentes períodos he tenido como compañeras de Programa a Amparo Escrivá y a M.ª Angeles Torner, excelentes interlocutoras en las reflexiones sobre **esos espacios** para lo psíquico a los que me quiero referir.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Les invito a acompañarme, ahora que tienen el plano general del Programa, por las diferentes estancias que para lo psíquico están previstas en él. Iremos siguiendo así una historia estrechamente vinculada a la de las primeras relaciones del niño y en donde los investimientos parentales desempeñan un papel organizador y/o catalizador del surgimiento y desarrollo psíquico infantil.

TRABAJO SIN DEMANDA CON LA PAREJA

La primera entrevista tiene lugar en mi despacho. Mis interlocutores, una pareja que espera un hijo dentro de unos meses, a veces una mujer soltera, o una adolescente embarazada, o una mujer cuyo marido no puede o no quiere venir o, en fin, una pareja que no se considera pareja ni sabe si va a querer serlo. Lo más frecuente es, sin embargo, que se trate de una pareja estable que va a tener su primer hijo. Acaban de estar con la Asistente Social que les ha acogido, explicando en detalle el Programa y se ha interesado por algunos aspectos sociales de su existencia. Yo me presento como psiquiatra general, y de niños en particular, y les digo que mi pretensión es conocerles algo, puesto que voy a estar a su disposición durante unos años, trabajando con ellos en grupo o individualmente si en algún momento quisiera cconsultarme. Se establece así un diálogo que siempre ha sido bien aceptado y en el que yo adopto un claro papel inicial de entrevistador. Todo transcurre a modo de conversación con unas preguntas más abiertas y otras más precisas. Las circunstancias de la pareja, del embarazo, las características de las familias de origen, las relaciones con sus propios padres, las inquietudes y previsiones en torno al parto y al cuidado del bebé, son el objeto de esta entrevista.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Su peculiaridad reside en que no existe una demanda inicial. Es un trabajo sin demanda. Se trata de un diálogo singular que constituye una experiencia inhabitual en la psiquiatría cotidiana. Cada uno de los miembros de la pareja, en este contexto, no se siente considerado a priori como alguien con problemas psíquicos importantes. Sin duda quien sabe que los tiene, puede tratar de ocultarlos en mayor o menor medida, si lo desea, y sin que ello le haga sentirse tan en contradicción como si se tratase de una entrevista habitual con demanda. Es más, con frecuencia nos sorprende lo contrario y, a veces, el primer sorprendido es uno de los miembros de la pareja, que nunca había oído hablar al otro de aquellas cuestiones o de aquella manera.

Las características de este holgado espacio crean un clima relacional muy favorable para el insigth y propicio para rentabilizar discretas intervenciones de pretensiones sin duda modestas. En este sentido iría, por ejemplo, una intervención encaminada a que unos padres pudieran reconocer, y no negar, las naturales inquietudes precoces de un hijo ante la próxima llegada de un hermanito, presente ya en el vientre de su madre y, sobre todo, en sus propias fantasías ambivalentes.

Pero son muchas y diversas las situaciones que desembarcan en esta entrevista. Citaré algunas de modo ilustrativo y evocador de las ansiedades y problemáticas que pueden plantearse en ella y, de un modo general, en el Programa:

A. es una mujer de 30 años, soltera, que se ha quedado embarazada —dice que sin pretenderlo— de un hombre casado y padre de familia de quien era su amante.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Ella quiso guardar su bebé, pese a que el padre biológico se desentiende de «algo que le complica la vida». Distanciada de este hombre, y ya en su sexto mes de embarazo, no se ha atrevido aún a contactar a sus padres que viven fuera de Madrid. Le preocupa qué podrá responder a su hijo, cuando empiece a preguntar por su padre.

B. es una mujer de 28 años, psicótica con antecedentes de varias hospitalizaciones psiquiátricas y de droga. Está embarazada de seis meses y no está segura de quién puede ser el padre de su futuro bebé. No sabe si darlo en adopción a una hermana casada, u ocuparse ella misma.

C. es una mujer de 32 años, casada, está en su séptimo mes de embarazo y hace dos meses que su padre ha muerto.. Me dice que sus lágrimas ahogan la ilusión de tener un hijo.

D. tiene 29 años, está casada y trabaja desde hace nueve años. Dice que está hecha un lío porque no sabe si dejar su trabajo para acuparse de su bebé. Sufriría mucho, si no se ocupase ella misma.

E. tiene 33 años, está casada y, además de tener antecedentes psicosomáticos familiares, tuvo varios abortos espontáneos y una amenaza de aborto en el embarazo actual.

Son situaciones como éstas, de mayor o menor riesgo, y afortunadamente muchas otras sin riesgo alguno, las que se van abriendo como unos naipes en esta primera entrevista. A lo largo de ella voy haciendo una valoración

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de elementos históricos, situacionales de reciente actualidad, así como de los funcionamientos y estructuras psíquicas. Sobre todo para estos último, cuento con el útil de quienes trabajamos en psicoanálisis para percibir actitudes y contractitudes de la relación, lo que nos remite a los conceptos de trasferencia, contratransferencia y relación de objeto. También valoro algunas actitudes significativas de la relación de la pareja durante la entrevista.

Todo ello me lleva a una estimación global de la existencia, o no, de riesgo psíquico y a una valoración de la conveniencia o inconvenencia de una intervención. Recuerdo una madre que solicitó el inicio de un trabajo psicoterapéutico de descubrimiento interior, que yo percibí como una dificultad de investimiento de su bebé. Tras una o dos entrevistas terapéuticas, convinimos en reconsiderar sus deseos unos meses después de dar a luz. Es más fácil, en cambio, que en estos meses anteriores al parto, me decida a iniciar un trabajo psicoterapéutico con un futuro padre en dificultades. Con frecuencia, ante situaciones de alto riesgo, no me atrevo a hacer una propuesta firme de seguimiento por estar seguro de que sería rechazada. En estos casos me contento con haber establecido un vínculo positivo, hacerles la oferta general de venir a verme cuando lo deseen y esperar mejores circunstancias, más avanzado el Programa. Mis criterios de intervención se ciñen en general a las situaciones de descompensación o de riesgo importante de descompensación. Veo a lo mejor pasar por esta entrevista a unos padres gravemente obsesivos, pero no descompensados, y aparto de mí la tentación de propuestas que puedan poner en cuestión su precario equilibrio. Eso sí, me mantengo a disposición con objeto de que puedan deshacer nudos en la historia que está en marcha.

Podría entonces resumir así las pretensiones de esta

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

entrevista: establecimiento de unos primeros vínculos en un tipo de relación abierta, detección de riesgo psíquico, contención y reajuste de ansiedades, descubrimiento de las fantasías que propician buenos investimientos del futuro bebé y oferta inespecífica de consulta y, en su caso, intervención psicoterapéutica.

TRABAJANDO EN GRUPO Y HACIENDO «HOLDING»

Pasamos ahora al espacio destinado a la relajación. Ha sido una cuestión coyuntural de nuestro Centro el que los profesionales de Salud Mental nos hayamos ocupado de la relajación. Podría ser cualquier otro profesional del Programa, preparado en estas ideas, quien asumiera estas funciones. Sin embargo, considero la relajación un lugar con un privilegiado espacio para lo psíquico.

Con ella no se trata sólamente de facilitar el proceso del parto y que éste resulte lo más sencillo posible —tarea sin duda de gran valor— sino de algo más. El tipo de relajación que propongo a las mujeres embarazadas, está inspirado en las concepciones de Ajuriaguerra, quien, como bien sabemos, abrió una nueva dimensión relacional en este campo, que permitió interesantes experiencias desde una perspectiva de orientación psicoanalítica.

La relajación se limita a cinco sesiones que se extienden a lo largo de cinco semanas. Aunque las embarazadas suelen dedicar un rato diario a relajarse en sus casas hasta el momento del parto, se comprende que de algo tan breve y realizado en grupo, no puedan esperarse altos

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

vuelos que promuevan procesos elaborativos internos considerables. Sin embargo, dirigirse, tomar muy en consideración el cuerpo de la mujer embarazada es fundamental en un programa preventivo. Me refiero a ese cuerpo real y fantasmático en el que se gesta la realización de un antiguo y controvertido deseo femenino, un cuerpo habitado de significaciones paternas, un cuerpo siempre sorprendido por algo que no puede dejar de ser insólito para quien fue niña y quiso ser madre. Deseos culpabilizados, negados, temidos, ahogados o pervertidos y no siempre asumidos, encuentran el testimonio de su realización en el cuerpo real y cambiante de la embarazada. Se trata, sin duda, de vivencias muy profundas que se agolpan y despiertan en la mujer las primitivas representaciones de un cuerpo de propiedad compartida, más o menos litigiosa o amorosa, con la propia madre. Madre vivida a menudo como frustrante y posteriormente como rival que se opone a un cuerpo de placer evocador del padre.

El futuro bebé es parte de ese cuerpo y, por tanto, es difícil que, tras el parto, la madre pueda acogerlo con la ternura y el cariño corporal que necesita, si ella misma no puede querer y estar en paz con su propio cuerpo embarazado.

Las experiencias de relajación pretenden potenciar los investimientos de carácter narcisista de la embarazada sobre su propio cuerpo. Estos investimientos de carácter narcisista y libidinal, surgen sólamente si existe en la embarazada una aceptación y un reconocimiento internos de los buenos cuidados corporales que le prodigó su propia madre. No es posible un adecuado investimiento del bebé sin una cierta reconciliación interna con la propia madre y sus cuidados corporales.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

La relajación tal y como la concibo en estos grupos, es sobre todo una experiencia de «holding» y, por tanto, evocadora de cuidados maternos para la mujer embarazada. Las resistencias a vivir esta experiencia afloran con frecuencia, pero la presencia permisiva del relajador, el acompañamiento o la complicidad del grupo-tribu de hermanas y la peculiar situación de la mujer embarazada que busca regresivamente a su madre, acaban inclinando, aunque sólo sea puntualmente, el fiel de la balanza hacia el lugar de un cuerpo de bienestar y reconciliación que incluye al futuro bebé.

COMPARTIENDO FANTASIAS

La quinta y última charla antes del parto está dedicada a los aspectos psíquicos del embarazo, parto, maternidad y paternidad. Dura poco más de hora y media, y se realiza con el grupo de ocho parejas a quienes hemos conocido individualmente y que tienen ya en ese momento una pequeña historia como grupo. Las pretensiones, por tanto, han de ajustarse a este encuadre y conseguir un rato de charla que pueda tener un interés preventivo.

Procuro ponerles pronto en situación de evocar sentimientos, fantasías, miedos, que han ido surgiendo en ellos a partir de que se hicieron cargo del embarazo. Así, es como ellos van hablando del miedo a las malformaciones o taras congénitas del bebé, a una mala evolución del parto, a perder la libertad que hasta ahora disfrutaban, y van expresando los sentimientos de inseguridad, de incapacidad de desarrollar su función materna o paterna, el temor a que se debilite la unión en la pareja, la vivencia

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de que está sucediendo algo que califican de increible, la ilusión, la alegría, la impaciencia por tener en brazos a su bebé, por ser padres..., en fin, estas y otras vivencias son puestas en común y cotejadas por unos y otros. Es curioso como, en su dinámica, unos grupos se van más hacia el polo resistencial o de crudo realismo, mientras otros, al contrario, lo hacen hacia el polo de los sentimientos idealizados negadores de afectos agresivos y de percepciones adecuadas de la realidad a veces frustrante. Puedo escuchar frases como: «En realidad dar de mamar es algo sucio, es como si fueramos vacas y lo demás son pamplinas; somos como animales» o, al contrario, «no hay nada más maravilloso que ser madre y todos los dolores, preocupaciones y sacrificios, bienvenidos sean». Mi función básicamente evocadora procuro aquí que sea también facilitadora de la expresión de fantasías que un determinado grupo puede estar eludiendo.

Una vez que se ha configurado una cierta conciencia grupal de la fuerte vehemencia de algunos sentimientos, y sobre todo de la desproporción de los miedos que el embarazo ha suscitado, y una vez que han encontrado algunas explicaciones, suelo entonces con tiento evocarles al niño o niña que han sido, que todavía existe en ellos y que el embarazo ha despertado con algún sobresalto, al ver que antiguos deseos se están haciendo realidad en un contexto, por supuesto, muy diferente. Pretendo poner en un lugar accesible para ellos una comprensión que les resulte orientadora y no inquietante o desveladora de ciertos conflictos; algo que tiene un valor asociativo e integrador y no analítico ni interpretativo. Referirme al niño que han sido, no es exactamente lo mismo que referirme a ellos. Decir, por ejemplo: «creo que siempre existe un componente de rivalidad» no equivale a «creo que Vd. está rivalizando». Decir algo en tono y contexto en los que alguien, si quiere, pueda pararse a pensar, no es lo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

mismo que la actividad interpretativa que alude directamente al reconocimiento de sus contenidos en uno mismo.

Digo esto, porque el trabajo preventivo en grupos o ante determinados auditorios, es un terreno resbaladizo y donde realmente se resbala. Unas veces, hacia concepciones informativas lineales y con formato científico, y otras, hacia procederes psicoterapéuticos completamente inadecuados a la situación. Ambas situaciones distan de ser inocuas. R. Diatkine dice —y no está mal recordarlo— que el trabajo preventivo ha de ser reservado a profesionales experimentados.

Se aborda también en esta charla la pregunta de quién es el bebé que nace, y los sentimientos y actitudes que despierta en cada uno de los futuros padres. Es curioso observar que el grupo no se atreve a pronunciarse sobre si en los primeros días de vida, el bebé ve o no ve, oye o no oye. En fin, lo que busco es que se desplieguen fantasías de relación con el bebé y posibilidades identificatorias con él, así como que cada uno de los padres empiece a entrever la peculiar situación triangular en la que se va a encontrar.

RESCATANDO EL PARTO Y ESCUDRIÑANDO LAS PRIMERAS RELACIONES

Tras haber dado a luz, tiene lugar la entrevista con cada pareja, que se sitúa entre las dos y las cinco semanas después del parto. A ella asiste también el bebé.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En general los padres llegan con cara de alivio y satisfacción, orgullosos de su retoño, aunque no siempre sea así. Tras saludarles es absolutamente imprescindible pararse a observar con verdadero interés su bebé, lo que resulta realmente sencillo. Luego se trata de ir rehaciendo con ellos, sobre todo con la madre, su historia vivencial en torno al parto y al establecimiento de esas primeras relaciones con el niño.

Son muchas las preocupaciones e inquietudes que van surgiendo en el desarrollo de esta entrevista. Me limitaré a mencionar algunas de las situaciones más frecuentes y comentarlas al paso muy brevemente:

— El parto provocado o inducido, como experiencias a veces acompañadas de sentimientos de descontrol, de inseguridad y de ser desposeída la mujer bruscamente de su bebé. Recientemente una madre asociaba en esta entrevista la estimulación anal que hacía a su hija, considerada por ella estreñida de forma injustificada, con sus vivencias traumáticas de un parto provocado. Sin embargo, en otros muchos casos la aceleración, ya en los últimos momentos de la dilatación, parece no ser mal vivida, e incluso a veces valorada como positiva.

— La cesárea y los partos instrumentales son también evocados en la entrevista como movilizadores de sentimientos de incapacidad o de culpa, o que a veces conllevan vivencias de intensas manipulaciones de las capacidades de ser madre. Todo ello se refleja en los sentimientos agresivos hacia el tocólogo o hacia el resto del personal sanitario (operación innecesaria, deseos de lucro, ganas de acabar pronto, comodidad, etc.). Sentimientos que no siempre son proyectivos, pero que en cualquier

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

caso pueden dejar grabada su impronta en los investimientos maternos sobre el bebé. En relación a las cesáreas son también evocados los sentimientos de impotencia para ocuparse del bebé, debido a la postración física postoperatoria de la madre. El que alguien —el padre, la abuela, la institución— se ocupen entonces más del bebé, supone un alivio aunque, a veces, no suficiente.

— La presencia o no del padre en el parto es otra cuestión que surge en la entrevista. Su asistencia es vivida como una experiencia reconfortante para la pareja y fundadora y reaseguradora de identidades y funciones parentales. La prohibición de que el padre asista al parto, si lo desea, puede remover en él profundas tendencias reivindicativas, y generar actitudes posesivas en los investimientos del hijo.

Otra cuestión importante son las actitudes y comentarios del personal médico-sanitario de las Maternidades, que a veces me refieren algunas madres, entre lágrimas, en la entrevista. Como psiquiatra que atiendo situaciones de niños ya mayores, no es infrecuente encontrarme a padres que, nada más empezar a hablarme de su hijo, me refieren un comentario desafortunado o una vivencia problemática, generada por el entorno, de los primeros momentos de la maternidad. Y a lo mejor, el motivo de consulta son problemas escolares o cualquier otra cuestión aparentemente alejada. Comentarios como: «No insista, señora, su leche no vale para nada» o «no, este niño nunca le comerá bien; tendrá siempre usted que ayudarle» son comentarios que se prestan para que determinados funcionamientos psíquicos organicen a partir de ellos, investimientos problemáticos. Sin pretender en modo alguno resucitar la teoría del trauma, pienso que el grado de sensibilidad y vulnerabilidad materna en torno al parto

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

es extraordinaria y que determinadas vivencias pueden tener un valor organizador o desorganizador muy importante para la vida psíquica de la madre y de sus investimientos sobre el hijo.

— Otro elemento traído a colación es la subida de la leche y las primeras vicisitudes de la alimentación materna, que no son siempre ocasión para reaseguramientos en la función de madre, al poner a prueba no sólo las identificaciones secundarias, sino también las primarias. Incorporar, succionar vaciando y debilitando, morder, rechazar, destruir... son fantasías que se reavivan y que organizan el interjuego de las proyecciones e introyecciones de la madre con su bebé, lo que está estrechamente vinculado a su imago materna. Los investimientos maternos sobre el bebé se organizan a partir de todo ello, pero también a partir de lo que el propio bebé es capaz de movilizar con su comportamiento en la madre. De la forma en que se organice esta dinámica en la díada madre-bebé —y bien entendido que me refiero a una díada abierta a las importantes influencias del entorno familiar y social donde el padre suele ocupar un papel primordial— dependen las diferentes situaciones conflictivas y trastornos funcionales de la alimentación materna del bebé que llegan a esta entrevista. De todos ellos quizás el más frecuente es el paso precoz al biberón vivido como problemático algunas veces por el bebé y otras por la madre.

— Otra cuestión abordada en la entrevista es el llanto. Cuando éste es persistente, pone rápidamente en cuestión el buen hacer, los buenos cuidados, la capacidad de calmar de los padres, que son confrontados, sobre todo si se trata del primer hijo, con sentimientos de incapacidad, de impotencia y subsiguientemente de agresividad y de culpa. A veces ya han recurrido al pediatra y realizado

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

constantes pesadas del bebé que no han resuelto la incógnita del supuesto dolor o hambre. Cuando la situación se ha complicado, vienen entonces con un cuadro de cólicos del primer trimestre. Es evidente que los bebés son diferentes y en este sentido el azar y la suerte juegan sus dados para los padres y, por supuesto también para el niño. El grado de «irritabilidad» y de «consolabilidad» —términos anglosajones recogidos por S. Lebovici— es indiscutiblemente diferente según el bebé. A veces no puedo dejar de admirar el buen funcionamiento de algunos padres con bebés que empiezan siendo francamente difíciles y llorones y que lo pasan mal un tiempo, pero sorprendentemente no se desorganizan, acaban aceptando su impotencia, no se asustan en exceso y toleran que su hijo pueda tener ciertas naturales experiencias de dolor confiando en los buenos consejos del pediatra y en la propia naturaleza y evolución del bebé. Estos padres suelen no tardar demasiado en ver el fruto de su buen funcionamiento.

— Finalmente, otro material traido a esta entrevista es el que tiene que ver con las depresiones posparto, que no corresponden, hasta ahora en ningún caso, con los cuadros depresivos que los tratados de Psiquiatría clásicos describen como psicosis. En cambio, con mucha frecuencia las madres refieren un estado peculiar de ánimo como una especie de tonalidad agridulce con aromas de pérdida, de sufrimiento y tristeza, entremezclados con otros de júbilo, descubrimiento o reencuentro. En general esta emotividad la sitúan en los días que pasan en la clínica maternal o en relación con el retorno a casa. Con frecuencia el momento más difícil tiene lugar al día siguiente del regleso, cuando se quedan ya a solas con el bebé, y que el marido se ha ido al trabajo. A veces, no coincide con el retorno, sino con la marcha de la madre que, tras unos días de acompañar a la hija, vuelve a su

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

domicilio. En cualquier caso la presencia de la pareja, si es insuficiente, potencia los sentimientos de tristeza en la mujer. Este tipo de cuadros coincide más o menos con las «Maternity blues» de los autores anglosajones sólo cuando las madres me lo cuentan como una historia recientemente pasada, ya desaparecida. Sin embargo, con bastante frecuencia estos estados emocionales se prolongan uno o dos meses más, coincidiendo a menudo con trastornos funcionales del bebé. Son múltiples los elementos que configuran estos estados de carácter depresivo: los sentimientos de pérdida ligados al parto, los sentimientos de culpa de haber hecho realidad algo prohibido, el estado físico de cansancio generado tanto por el parto como por la lactancia materna o por el sueño a intervalos, o el sentirse atada por los cambios de vida impuestos por los cuidados del bebé. Si esta entrevista la comparamos con la de antes del parto, la gran diferencia es que la madre puede ahora contemplar el bebé en sus brazos, o en el capacho, y el bebé a su madre. Entre los dos hay un espacio de separación visible para el observador. Este espacio, lleno de evocaciones lejanas para la madre, tiene un lugar de representación en el mundo psíquico de ella, en el que existe una vida fantasmática, una organización simbólica y un lenguaje. En cambio, en el mundo del bebé este espacio es, si acaso, un espacio potencial donde, eso sí —si todo va bien—, se desarrollará posteriormente el juego con los objetos transicionales. El bebé del mundo psíquico de la madre está situado en el lugar de los objetos y es siempre, en cierto grado, un bebé con connotaciones simbióticas muy cargado de identificaciones proyectivas que son en buena parte necesarias. Este bebé fantasmático e imaginario va a ser fuertemente contrastado por la madre, en las primeras semanas después del parto, con el bebé real. El espacio físico que la madre ve entre ella y su bebé, la remite al espacio interno situado entre el Yo y los objetos, espacio que mira con ambivalencia. Por un lado es un espacio de separación,

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

de duelo y de sufrimiento, que a ella le costó cruzar para tener acceso a la palabra, para poder ver a su madre en frente y verse a sí misma. Por otro lado el bebé cobra para ella el papel de un señuelo seductor que la incita a revivir la experiencia simbiótica, si acaso quedaron pequeñas o mayores insatisfacciones. La madre ha de decidirse con un «Alea iacta est» a cruzar el Rubicón. Pero el bebé real y externo, separado físicamente de ella, y con vida propia, advierte que en el fondo el Rubicón no se cruza nunca, más que en la barca de la ilusión y la fantasía. El trasiego de las idas y venidas en esta barca, con el bebé de carne, hueso y llanto como faro, es el que produce quizás el cansancio de las madres, acaso más aún que la fatiga física del parto. Ilusión simbiótica, miedo a las angustias de separación, placer de un triunfo edipiano incestuoso y culpa, son todos ellos los ingredientes de la depresión posparto.

Pero no son solamente los materiales que a esta entrevista traen, en forma de relato, los que me orientan acerca de lo que está sucediendo, sino toda la comunicación verbal y no verbal que presencio y en la que de algún modo participo.

Es ahí cuando oigo, por ejemplo, a algún padre decir: «Pero mujer ¿cómo lo coges así? Así no. No ves que así está molesto... Claro, así te llora..., trae acá, anda. Desde luego... pobre niño. Menos mal que está aquí tu padre». Esta es la escena del padre subrepticiamente celoso del hijo, o la escena del padre rabiosamente identificado con su bebé que ahora, ya adulto, puede quejarse verbalmente a su mujer-madre de antiguas insatisfacciones, o todavía puede ser, la escena del padre que rivaliza con su mujer reivindicando para él el papel de madre.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

El bebé, al igual que el padre, también participa en la entrevista como sujeto activo confirmando hipótesis o rebatiéndolas con su llanto o su sosiego. Las transacciones observadas entre madre, padre y bebé son sin duda de un valor clínico inestimable. Aún en los casos en que los tres personajes hacen gala de un buen funcionamiento, cuando termino la sesión, tengo la impresión de haber intervenido preventiva o terapéuticamente en un par de ocasiones. Pero evidentemente cuando los problemas son relevantes y existe o se configura una demanda, propongo entrevistas con una clara definición terapéutica. Las intervenciones en el curso de la entrevista habitual o en las consultas terapéuticas que se deriven, las establezco, en este período, teniendo en cuenta algunos principios o consideraciones de base:

— El contraste entre bebé fantasmático y bebé real conlleva situaciones más o menos importantes de duelo o de negación de duelo.

— Es frecuente la reactivación de la neurosis infantil en la madre —B. Cramer cita a L. Kreisler en este punto— y yo creo que también en el padre.

— Este período de la vida de la madre, que se inicia ya antes del parto, es como un «período sensible» del desarrollo de los que habla Bowlby y, por tanto, un momento plástico e influenciable por el entorno y en concreto por las intervenciones terapéuticas.

—No me parece indicada la pretensión de transformaciones profundas en los padres —al menos en lo inmediato— y así, en cambio, es de gran valor la comprensión

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

y el rescate, cuando es posible, de algún elemento preconsciente muy accesible que fortalezca al yo de los padres y les permita asumir sus funciones.

— Tengo también en cuenta que la díada madre-bebé está incluida en un sistema familiar abierto más amplio, en el que el padre ocupa un importante papel y con frecuencia también las familias de origen, a través de leyes y mensajes transgeneracionales.

— Finalmente suscribo de lleno la opinión de S. Lebovici cuando en el coloquio de Mónaco decía: «El terapeuta intervendrá poco a este nivel; se contentará con resaltar las capacidades del niño, y las de la madre para comprenderlo y calmarlo. No se erigirá en educador, señalando lo que hay que hacer o no hacer, lo que conduciría a dañar la capacidad de «maternalidad» de la madre y las posibilidades del niño de «parentalizarla».

ANTICIPANDO EL FUTURO

Pues bien, días o semanas después de esta entrevista posparto, tienen lugar las dos charlas de Salud Mental en las que apenas me detendré. En la primera, trato de presentarles el dinamismo evolutivo del bebé y del niño, centrándome sobre todo en los primeros años. Cómo el niño va entendiendo el mundo, relacionándose con su entorno, planteándose diferentes problemas, o disfrutando de sus adquisiciones.

Trato, sin duda, de estimular la comprensión de los padres, sus capacidades de identificación con nuevas situaciones de su hijo, a través sobre todo de escenas evocadoras, que van constituyendo una historia novelada.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Evito caer en tecnicismos o alcanzar altas cotas informativas. Pretendo más bien que en la sesión misma los padres puedan hacer como el caminante cuando levanta la vista del entorno más próximo que va encontrando, y mira a lo lejos. Después podrá seguir caminando como hasta entonces, o modificar su paso, pero ya con la sensación de estar mejor situado con respecto al horizonte. Ni el caminante, ni el niño dejan de andar y es de gran importancia que los padres vean a su hijo como un ser en evolución. Lo que más nos inquieta son esas historias planas, sin tiempo, en las que el niño siempre ha sido así.

Más coloquial es la segunda charla en la que los padres son los protagonistas. Se trata de hablar de la historia futura de los investimientos parentales y sus vicisitudes al son que va marcando la evolución del niño.

Se retoman algunos de los puntos aludidos en la entrevista posparto, las vivencias de la madre que vuelve a su trabajo tras el permiso de maternidad, los sistemas de guarda del niño, las ausencias de los padres en diferentes edades, sus vivencias en torno a los primeros pasos del niño, a la alimentación infantil, al control de esfínteres, a las actitudes oposicionales, a la sexualidad, a la escuela, etc. Es indudable que por muy coloquial que sea la charla, tiene un componente importante de elementos informativos, pero procuro utilizar un lenguaje circular, dialéctico, evitando lo lineal y simple que tiende a constreñir las posibilidades de espontaneidad parental. Si me siento optimista, puedo hasta ver con orgullo, que sólo dos madres me hayan pedido un libro sobre el desarrollo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

psíquico del niño; si mi optimismo es menor, pienso que, realmente, se lee muy poco.

Estos son pues los espacios para lo psíquico de nuestro Programa materno-infantil que me han parecido más próximos al tema de las primeras relaciones del niño. Dejo de abordar otros espacios del Programa de naturaleza similar como son la reunión semanal del equipo, el trabajo con el pediatra, el ginecólogo o la asistente social, o el grupo Balint con educadores de guarderías y, por supuesto, las múltiples demandas específicas de Salud Mental que van surgiendo antes y después de terminado el Programa. Estas demandas dan lugar a diferentes formas de intervención que van desde la psicoterapia individual infantil hasta, por ejemplo, la intervención institucional en una guardería de empresa, para que la admisión de los bebés de las empleadas no se hiciera «exactamente en el octavo mes», en el acmé de las vivencias de extrañamiento.

No voy a extenderme sobre los defectos del Programa y sus limitaciones, que creo conocer bien y que tienen que ver sobre todo con las estructuras sanitarias desde las que el Programa se realiza. Se está afortunadamente pasando de la secular estructura sanitaria de «reinos taifas», a una estructura más planificada y coherente, pero el cambio aún se está produciendo. Las funciones de este Programa deberían ser asumidas desde las nuevas estructuras en las que la colaboración inter-institucional podría subsanar gran parte de las deficiencias actuales. Mi recelo es que este tipo de funciones, que apenas tienen lugar hoy, lleguen en un futuro próximo a desaparecer, dado el escaso valor que se concede, incluso en nuestros ambientes profesionales, al trabajo preventivo centrado en las primeras relaciones del niño.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Termino con un caso:

La madre de una niña de diez meses me llama por teléfono. «Dr., no sé si se acuerda de mí, soy del Programa materno-infantil. Hemos tenido un accidente de coche, y yo iba con la niña. Tengo miedo a que le pase algo. Mi marido y yo queríamos hablar con Vd.». Me cercioré de que no habían tenido daños serios y le dí una cita. Viene ella sola. «Mi marido no pudo venir, pero aquí traigo un magnetofón para que él lo oiga». Durante mucho rato me relató el accidente sin que yo lograra saber por qué consultaba. Al fin me dijo: «Es que la dejé caer, doctor, y usted ya sabe qué traumatizada estuve yo, porque siempre me pareció que mi madre no me quería». Comprendí, mientras me hablaba, que en realidad venía para que le dijese que su hija no estaba traumatizada de ver que, en el accidente, llevada sin duda por sus propios actos reflejos, ella no la había protegido suficientemente. La culpa la había convertido, a los ojos de su hija, en alguien como su propia madre, o quizás, de nuevo ella había repetido con su hija algo que tenía la impresión de haberle hecho a su madre, razón por la que imaginaba que ésta no la había querido.

Como en este caso, muchos padres no se permiten a veces saber de sus naturales sentimientos agresivos y, por tratar de evitarles tanto, pueden en cualquier momento aparecer tiñendo una escena de negligencia intencionada, egoísmo, falta de protección y, finalmente, de culpa, cuando la escena real no tenía ninguna de estas connotaciones. Como la gravilla o la arena, la agresividad es un elemento importante en la construcción de una relación sólida siempre que esté bien mezclado con el cemento del afecto y en las proporciones debidas.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

La madre se fue tranquila, sabiendo además que podría volver y yo me quedé pensando en los ecos y repercusiones que aquella consulta podría tener en los investimientos maternos sobre la hija. Sin duda la compulsión a la repetición volvería. Quizás la experiencia de la consulta las primeras veces le fuese útil, pero ¿durante cuánto tiempo? Me consolé pensando que las vacunas pierden también su vigencia. De una cosa estaba seguro: que este tipo de demandas, y otras muchas realmente graves, no llegarían a hacerse hoy en nuestro medio, o al menos en tan buenas condiciones, de no llevarse a cabo un trabajo preventivo, que se llame Programa materno-infantil o que se le ponga cualquier otra etiqueta de moda.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

BIBLIOGRAFIA

(1) BOWLBY, John: «El vínculo afectivo». Buenos Aires. Ed. Paidos. «Biblioteca de Psicología». 1976, pp. 186-191.

(2) CRAMER, Bertrand y otros: «Psychanalyse de l'enfant? Colloque de Monaco». París, Ed. du Centurion. «Journal de la psychanalyse de l'enfant». Paidos, 1987, p. 194.

(3) LEBOVICI, Serge: «Le nourrisson, la mère et le psychanalyste». París, Ed. du Centurion. Paidos, 1987, pp. 116-118.
Ed. castellano: Ed. Amorrortu, 1986.

(4) LEBOVICI, Serge y otros: «Psychanalyse de l'enfant? Colloque de Monaco». París, Ed. du Centurion. «Journal de la psychanalyse de l'enfant». Paidos, 1987, p. 183.

(5) LEMAIRE, J. G.: «La Relaxation», París. «Petite Bibliothêque Payot», 1964, pp. 68-167.

(6) WINNICOTT, D. W.: «Jeu et réalité». Francia, Ed. Gallimard. Connaissance de l'inconscient», 1985, pp. 9-40.
Ed. en castellano: Gránica, ed. 1972

P.: **Eulalia Torras de Bea,** Barcelona. «Me interesó mucho la ponencia del Dr. Cabaleiro, desde el ángulo de esta creación de un espacio en el cual las cosas se sepa que existen, y se las pueda nombrar. Y el nivel de intervención que él refería me ha interesado mucho también, en el sentido de hacer saber que estas cosas existen, pero sin ser intrusivo, sin invadir, respetar mucho el que las cosas salgan sin forzarlas.

Luego, quisiera hacer un pequeño comentario sobre la cuestión de lo que ha llamado **comentarios yatrogénicos,** esto de «señora, su leche nunca será buena» o «este niño nunca le va a comer». Yo pensaba que, al menos en mi experiencia, estos comentarios yatrogénicos tienen que caer en la fantasía de la madre, y en el nivel de proyecciones e introyecciones de la madre, porque sino el médico hace muchos comentarios pero la madre no los recoge, tiene que ser alguien que esté poniendo en palabras lo que es un temor de ella. Y, a veces incluso, es otra experiencia mía, es algo que en aquel momento pasó desapercibido lo que después se convierte no se sabe si en una construcción, o algo real que sucedió».

R.: Estoy totalmente de acuerdo en que, efectivamente, lo que va a hacer que un comentario se convierta en yatrogénico tiene, sin duda, mucho que ver con las fantasías de la madre, que eso sufre todo un proceso de transformación «aprés coup», que es lo que relatan y no exactamente lo que sucedió. Esto es lo que se da con frecuencia cuando se habla de ello, por ejemplo, en una primera entrevista de psicoterapia, cuando el niño ya está en el colegio y han pasado años de aquello.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Lo que yo quería remarcar es que hay una sensibilidad tremenda de las madre en esa época. Por eso me referí a Bowlby y a esos «períodos sensibles» que tienen tan enorme valor en el desarrollo, ese período que, una vez pasado, ya hay cosas que no se pueden organizar pero que durante él hay cosas que se organizan y se desorganizan.

Yo creo que hay en las madres un período que constituye una unidad, que abarca el embarazo y algunos meses después del parto, en que la sensibilidad es muy grande y que las consecuencias de comentarios de ese tipo son graves.

Se podría hacer un paralelismo entre el valor que tienen los restos diurnos en la constitución del sueño, y el valor que tienen estos comentarios en el psiquismo de la madre.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

COMUNICACIONES LIBRES

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

PROCESO TERAPEUTICO Y RELACION DE OBJETO PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Por Nuria FILLAT (1)

En esta breve comunicación nos proponemos presentar algunos momentos del tratamiento psicoterapéutico en curso de una niña de cuatro años, para mostrar como a través de la relación terapéutica tenemos ocasión de observar la organización de las primeras relaciones de objeto, así como el funcionamiento de las ansiedades y defensas que ha configurado la aparición de una patología fóbica-paranoide.

Desearíamos transmitir también que en la ayuda terapéutica ofrecemos al niño una experiencia relacional que produce la modificación de aquellos patrones relacionales internos patológicos que están impidiendo una buena evolución personal.

Partimos del pensamiento de M. Klein que nos formula que cuando —el bebé no puede hacer frente a las emociones demasiado intensas las proyecta fuera—, la madre contiene estas emociones y las metaboliza para que el bebé pueda digerirlas e integrarlas poco a poco y pueda ir utilizando otros mecanismos más evolucionados.

---

(1) Psicoterapeuta del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y del Adolescente del Hospital de la Cruz Roja (Dos de Mayo) de Barcelona.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Es con la madre y a través de los mecanismos de introyección y proyección movidos por las ansiedades persecutorias y depresivas del bebé, que se va estableciendo una relación de objeto, que le permitirá la internalización de sí mismo, de los objetos y de las personas, y así se irá configurando la estructura psíquica que formará su personalidad.

Pero será necesario que haya un predominio de experiencias satisfactorias para que el bebé pueda evolucionar favorablemente y pueda contactar con el objeto, recibir gratificación y confianza en él.

Teniendo en cuenta esta perspectiva teórica vamos a presentar a continuación el caso clínico.

En primer lugar vamos a hacer una breve descripción de los antecedentes de esta pequeña paciente:

Ana es hija única de una pareja joven. Consultan por problemas de alimentación y de relación con la madre, así como en el inicio del aprendizaje escolar.

El problema de alimentación y de relación con la madre surgió en el momento del destete. La lactancia materna durante los dos primeros meses y el paso al biberón transcurrieron sin dificultades.

Rechaza el alimento si se lo da la madre o si ésta está presente, por lo que la madre se desplaza con su hija a casa de los abuelos paternos para que la abuela le dé la

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

comida, en este caso la acepta. Si se la de el padre come un poco pero muy lentamente.

Espontáneamente no pide nunca nada a sus padres, ni siquiera un caramelo, si desea algo lo hace a través de una tercera persona, una vecina, un familiar...

En la escuela rechaza el aprendizaje. Es una niña viva e inteligente que se niega a aprender, no permite que le enseñen, lo cual desconcierta a la maestra. Acusó muy intensamente el inicio de la guardería, a los dos años y tres meses, de tal manera que perdió el control de esfínteres y presentó episodios de insomnio, motivo por el cual dejaron de llevarla, hasta que se normalizó la situación, se tranquilizó y volvió a controlar esfínteres y a dormir normalmente. A pesar de todo, desde el reinicio de la guardería enferma constantemente, lo cual no le permite ir con continuidad.

La madre, al salir de la clínica después del parto y volver a casa, además de los normales sentimientos depresivos por la situación postparto, tuvo un episodio neuromuscular de «ciática aguda», que le impidió la normal movilidad durante dos o tres semanas, lo cual agravó su depresión y angustia.

Durante este período se sintió desbordada y desmoralizada, puesto que no podía atender las demandas de la niña que, por otra parte, eran ya desde los primeros momentos de vida de una gran exigencia.

La madre expresa su preocupación, angustia y descon-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

cierto ante una niña que exige y que cuando le da, rechaza. Siente además que no recibe suficiente ayuda por parte del marido.

Veamos hasta aquí que Ana presenta desde los primeros momentos de vida un tipo de relación en la que predomina la demanda exigente y que no acepta las experiencias satisfactorias suficientemente como para que la relación transcurra dentro de unos términos de entendimiento.

Podemos pensar que esta incorporación ávida del objeto moviliza ansiedades persecutorias contra las que pone en marcha defensas del tipo de control y dominio omnipotente que cerrarían el círculo vicioso patológico, y van configurando una estructura de personalidad fóbico-paranoide.

Es importante tener en cuenta la situación deficitaria de la madre en la vida de esta niña, que como hemos señalado estaba en una situación difícil, tanto física como psíquicamente.

En este caso nos encontraremos, por una parte, con una niña con una intensa presión instintiva (la avidez), que le dificulta la incorporación e integración de las experiencias de una forma positiva, y por otra parte, estas necesidades de Ana sobrepasan la capacidad receptiva, de respuesta y de contención de la madre, por lo que se colapsa la evolución.

Así pues, se indica un tratamiento psicoterapéutico

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

para la niña y, simultáneamente, unas entrevistas de ayuda a la madre.

Empezamos el tratamiento hace ocho meses a una sesión semanal. Al cabo de cinco meses aumentamos a dos sesiones.

Vamos a mostrar unas actividades que presenta Ana en la sesión, conscientes de que por la brevedad del tiempo puede resultar demasiado sintético, pero estas repetidas actividades de la niña nos muestran de una forma muy expresiva la dificultad de introyectar las experiencias y nos permiten observar a través de ellas la organización de sus relaciones de objeto internas, así como el tipo de relación que establece con los objetos de su entorno.

Estas actividades están centradas en torno a la forma particular de entrar y salir de la sesión y a la utilización de la saliva, que irá apareciendo durante el tratamiento como expresión de diferentes funciones.

Hemos escogido estos dos aspectos porque, tanto a través del entrar y salir de la sesión como la utilización de la saliva para tragar o escupir, nos hace pensar en la dramatización del mismo conflicto: la aceptación de la separación y ausencia del objeto.

Durante los tres primeros meses del tratamiento, Ana muestra muchas dificultades para separarse de la madre. Al entrar y salir de la sesión se lleva un objeto, cosa muy común en los niños, pero en Ana tiene una peculiaridad: se lo lleva dentro de la boca. Por ejemplo, a la hora de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

salir de la sesión coje un trozo de tela, lo chupa, lo mastica y finalmente se lo lleva. La siguiente sesión vuelve con el mismo trapo mordido, que escupe dentro de la papelera nada más entrar diciendo: «lo tiro porque se me ha roto». O bien entra con un trozo de plástico o papel mordido que le dio su mamá, o bien con la boca llena de comida, a pesar que hace rato que ha comido, que escupirá igualmente en el suelo, o bien intentará echármela encima.

Pensamos como esta niña se aproxima al objeto de una forma ávida, posesiva y omnipotente. Establece una relación muy primitiva con el objeto, puesto que se aproxima a través de la boca y de los dientes. No puede hacer un reconocimiento mental, y es a través de lo sensorial que toma conciencia de él.

Podemos pensar que el separarse de la madre y de la terapeuta es vivido como amenazante, se le despiertan ansiedades agorafóbicas, sensación de quedarse en el vacío, por lo que debe llenarlo introduciéndose objetos en la boca.

El trapo, la comida, el plástico... pueden ser el representante de un objeto parcial madre, terapeuta, que necesita tener incorporado, que le pertenece y no tiene vida propia. Supone un ataque al objeto que ha de ser de su propiedad, y el primer ataque es mordiéndolo, es la posesión destructiva del objeto.

El separarse de la madre, al entrar y al salir, es ponerla en situación de destete, y nuevamente vuelve a reavivarse la presencia de este objeto malo y rechazante e insufi-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ciente que nuevamente alimenta la avidez, de manera que cuando llega masticando la comida... viene muy cargada de agresividad y destructividad, o cuando se va con el trapo en la boca se lleva la experiencia que ha recibido de una forma destructiva. Por otra parte, Ana vuelve a la sesión con el mismo trapo que se llevó la sesión anterior, con lo cual expresa también su capacidad para contener, conservar y recordar el objeto.

Muestra como la incorporación y relación con los objetos lo ha de hacer a través de los sentidos, no puede encontrar un espacio para incorporar y asimilar las experiencias mentalmente. Lo cual sin duda, va ligado a las dificultades respecto al aprendizaje, siendo una niña viva e inteligente.

Por lo tanto, la boca no le sirve solamente para la incorporación ávida, destructiva del objeto sino que, en otros momentos, busca una incorporación más afectuosa, aunque también de una forma muy primitiva y que no corresponde a su edad.

Así lo muestra también cuando utiliza la saliva como reconocimiento de los objetos, por ejemplo, cuando chupa la caja, la mesa, los juguetes, mi cinturón o mis botones. O bien cuando utiliza la saliva como calmante, cuando, señalando con el dedo, dice: «tengo daño aquí y aquí...», mientras chupa y lame los arañazos que tiene en las manos o las piernas. O bien cuando utiliza la saliva para dibujar con el dedo, para pegar dos trozos de papel o plastilina. O para reparar cuando en una sesión, después de una actividad muy destructiva, echa saliva encima de la mesa y la friega insistentemente con un trapo y luego la seca. O cuando utiliza la saliva como lenguaje, como por

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ejemplo en una sesión, en que nada más entrar echa saliva encima la mesa y la va recogiendo con el pelo para comunicarme que viene de la peluquería.

Es a través de la relación terapéutica en que la niña comunica sus dificultades, necesidades y emociones, y la terapeuta las verbaliza que facilita la aparición progresiva de otras actividades y otras formas de relación más evolucionadas.

Así, a partir de los tres meses de tratamiento, Ana muestra que ha hecho un reconocimiento del espacio donde trabajamos, de mi persona, y puede expresar que ella quiere poder tener conciencia de que es algo para la madre y que ella tiene un espacio definido en la madre, como lo tiene en la relación terapéutica. En este momento fija la atención en el mueble de cajones del despacho, pide que pongamos allí su nombre, va señalando cuál es el suyo y cuáles no, se interesa por los otros niños que van ahí o pide que las cosas que hace queden allí presentes hasta que vuelva la sesión siguiente.

Pensamos que es cuando la presencia y la permanencia del objeto con unas cualidades satisfactorias es más larga que los momentos de separación son mejor tolerados. La búsqueda del objeto ya no está impregnada de avidez y destructividad, sino de curiosidad y de afecto.

Es en este momento que por primera vez viene a mirar al despacho ante de la hora, para salir corriendo cuando me ve, y aquí empieza un juego de seducción pero de contacto y diferenciación a la hora de entrar y salir.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Actualmente Ana puede entrar sola a la sesión y empieza a hacer un juego simbólico. Hasta ahora no podía jugar, puesto que empezar a jugar significa comenzar a tragar, y tragar significa digerir y asimilar nuevas experiencias que le permitaon modificar internamente las experiencias anteriores y pueda así establecer nuevas formas de relación con los mismos objetos u otros nuevos.

Pensamos que a través de la experiencia terapéutica es posible que Ana haya podido ir incorporando un objeto suficientemente diferenciado, y que por lo tanto esto le haya facilitado el ir reconociéndose como una persona diferenciada de la madre y haya desarrollado la capacidad para contener las experiencias y emociones mentalmente para ir logrando una adecuada integración personal.

La observación de la evolución de Ana nos permite pensar que la experiencia terapéutica, aunque limitada, en la que se le ha ofrecido un marco estable de contención y comprensión de sus ansiedades, puede ser positiva para ella.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

EL GIGANTE DESINFLADO

Por Pilar PUERTAS TEJEDOR (1)

Voy a resumir un caso que he visto recientemente, que ilustra de forma a la vez dramática y clara el sufrimiento y las dificultades que surgen entre una madre y su bebé cuando se depositan en éste proyecciones contaminantes.

Se trata de una mujer culta, mayor de tres hermanos, de formación universitaria, de 30 años de edad, que acude en una situación de desbordamiento y angustia por los sentimientos que su hijo le provoca (en el momento que consulta, el bebé cuenta ocho meses).

Según ella, todo discurrió con normalidad en el embarazo y parto..., es a raíz de enfrentarse con los **lloros** del niño, que ella inicia un proceso de angustia y desesperación que siente no poder ya contener por sí misma. Cuando el niño lloma ella dice desquiciarse, no poder calmarle, y son estos lloros, junto con otro tipo de demandas, los que provocan en ella reacciones en las que no puede reconocerse. Reacciones de angustia y pánico que intenta a veces contener golpeándose contra la pared. Ella se asusta de la **violencia e intensidad** de sus propias reacciones y siente a su hijo como una **amenaza** continua, amenaza que le pone en peligro. Además es el intruso que se

(1) Hospital Civil de Basurto (Bilbao).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ha colado en su vida y le absorbe de tal modo que le ha arrancado su vida como esposa, como hija y como mujer, sólo hay espacio para él, para luchar contra él, en un duelo a muerte.

A los dos meses del inicio del trabajo terapéutico, la paciente aporta un sueño que ilustra claramente esta situación, dice así: «He soñado con un niño **asesino,** era un niño de cuatro años que persigue a un adulto, no aparecían razones, era casi por maldad... por rabieta, este niño era **implacable,** el adulto se escondía pero convencido de que le esperaba la **muerte.** «Asocia»: He pensado que tenía relación con la tortura con el niño... es la expresión de un desequilibrio que hay en mí». Este sueño nos permitió acceder a un núcleo de elaboración importante y el niño asesino fue el protagonista del material analítico en los dos meses siguientes. Ella pudo reconocer que **temía profundamente** a su hijo. El niño asesino, su hijo, le acechaba con su presencia y su insistencia, él estaba ahí para aniquilarla y el temor ero someterse a su crueldad o aniquilarle ella.

El desarrollo de una serie de mecanismos de control le habían permitido sobrellevar la situación, pero se vivía distante, extraña a él, a la búsqueda continua del rol materno. Estos le servían para protegerse de él y proteger a su hijo de ella, pero eran insuficientes y tenía que huir continuamente de la situación dual con el bebé..., salía a la calle en busca de un intermediario y delagaba la crianza en su madre. Ella lo expresa así: «esta semana de vacaciones ya no me voy a poder librar del niño tantas horas con él..., siempre busco una compañía..., estoy asustada con él..., tengo la sensación de que se me enfrenta, de que me domina y temo que me haga perder el control...

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

como que no voy a poder parar la situación mala, que me descontrole y que **estalle».**

Como puede observarse, **la angustia de muerte** estaba presente entre ambos, el estallido era actuar sus deseos de muerte hacia su hijo..., de este modo, cualquier malestar en el niño era vivido por ella como su ataque consumado.

El espacio de afecto que a pesar de todo esto conservaba para el niño le hacía sentirse muy mal, atormentándole la idea del paso del tiempo sin lograr disfrutar de su maternidad. Su situación era así, la manifestación extremada de la ambivalencia: «me siento como atacada por un **gigante** decía, tengo que huir, pero tampoco puedo porque tengo que protegerle».

El niño representaba la condensación de todos sus sentimientos agresivos que puestos en él se convertían en persecutorios, eran sus partes de niña envidiosa y devastadora, también representaba el varón que quiso ser y una parte de sí misma arrancada de la que aún no había hecho el duelo..., pero lo que pudo aliviar realmente la situación fue el acceso a sus sentimientos de culpa, culpa persecutoria que utilizaba el niño como elemento Taliónico y que ella asociaba a un hecho real: el haber acompañado a su hermana menor a que le fuese practicado un aborto unos años antes. Dicha situación, por sus creencias religiosas le habían creado serios problemas de conciencia. Su hijo era el niño **asesinado y revivido..., estaba ahí para hacerle pagar por su maldad**..., era el enviado de Dios para castigarle.

Las ambivalencias y envidias hacia la maternidad de su

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

propia madre revividas y desplazadas en su hermana menor, fueron vividas con este aborto omnipotentemente destructivas y su hijo era un gigante implacable que venía a pedirle cuentas.

Las sensaciones nuevas que en ella surgen a raíz del acceso a este material las describe así: «Como si el niño fuera un gigante que me pudiera y se **fuese desinflando**..., reduciendo al tamaño que realmente es, me reconoce y tiende sus bracitos..., cuando me tira de la manga ahora noto que me quiere decir... yo soy tu hijo y tú eres mi madre»...

La liberación de los mecanismos de control permitieron una mayor espontaneidad en la relación con el bebé y aparecieron los primeros esbozos de sentimientos de reparación: «Uno de estos días me he enfadado con el niño..., él ha puesto cara de pena y me ha conmovido tanto, que me he puesto a consolarle, antes, **hubiese perdido la razón»**...

La separación en su interior del bebé y el gigante asesino supuso un alivio notable de la situación descrita, el bebé adquirió entonces perfiles reales..., es pequeño y sus lloros ya no son amenazantes, no son las señales del ataque... son la manifestación de las necesidades de un ser **indefenso** y despiertan en ella, allí donde estaba el pánico, la compasión.

El gigante se desinfló, salió del niño pero sigue en ella, y el aplacarle será el fruto de una análisis largo en el futuro.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

UNA PSICOSIS INFANTIL REPETICION DE UNA TEMPRANA RETIRADA LIBIDINAL REFLEXIONES SOBRE UN EXPERIENCIA TERAPEUTICA

Por Jesús COLAS (1)

En esta comunicación quiero mostrar la relación entre la clínica de un niño psicótico con la precoz retirada libidinal de la madre, por problemática psíquica de ella. Muestro la evolución de cuatro meses de tratamiento, admitiendo la relatividad de lo que aporto, creo que los cambios puedan ser sugerentes.

1.º HISTORIA CLINICA Y DATOS PERSONALES:

Es un niño de 5 a. y 11/12 de edad, que llamaré Tomás, menor de dos hermanos, el mayor tiene 9 a. Los padres tienen 38 a. él y 34 a. ella, de profesión liberal. Demandan consulta, al Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, por comportamiento agresivo e impulsivo del hielo, temiendo provoque el rechazo de otros niños.

Ha sido ampliamente estudiado neurológicamente, desde los 8 meses de edad, con diagnósticos de retraso

(1) C. S. M. Infanto-Juvenil del Ayuntamiento de Santander.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

mental de etiología desconocida o miopatía dismadurativa, siendo tratado hasta la actualidad con programas de estimulación y psicopedagógicos.

El hijo fue deseado, el embarazo evolucionó bien. La madre toleraba con dificultad la angustia («no le dejaba llorar, atendiéndole rápido, para evitar vomitara»). Durante la entrevista la madre tiene dificultad en recordar fechas y detalles sobre la alimentación, recurriendo a un minucioso escrito. Destaca la dificultad en el bebé de ir aceptando nuevos alimentos, rechazo a la cuchara, predominio de alimento líquido utilizando el biberón hasta los 2 años y medio. Comió papillas hasta los 4 años por su negativa a masticar. No usó de objetos transicionales. Necesidad de mantener la luz encendida o la compañía de alguien para dormir en la actualidad. No sabe jugar solo, dependiendo de un adulto que le estimule.

De bebé «era muy bueno, no lloraba, se quedaba solo en el corral», a los 15 meses al iniciar la marcha parecía un ciclón». Con 3 años fue llevado a un parvulario, rechazándolo, no soportaba separarse de su madre, lloros y rabietas, le duró 7 meses. Actualmente está escolarizado en un colegio de integración, inicialmente le costó adaptarse, ahora va a gusto. Buena relación con las maestras de apoyo y del aula. Existe una aceptable colaboración entre ellas y el equipo del Centro de salud mental. La adquisición de la marcha fue lento, con inseguridad. Retraso en el habla.

Durante las sesiones con el niño es difícil entenderle, cortando las palabras, diciendo el final, cierta ecolalia, lenguaje confuso (no distingue el tiempo de los verbos).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

El niño me impresiona como inteligente en su mirada, se hace querer.

En la primera sesión tuvo dificultad de contactar conmigo, trayendo sus propios juguetes, ignorando los míos. Tendencia a la evacuación de sentimientos (salir a orinar, arrojar algo por la ventana), relacionados a momentos de abandono por mi parte (una llamada telefónica). Temática regresiva al final de la primera sesión, «un bebé que está en la cuna», me dice, jugando a meter coches dentro de un camión.

Durante la sesión sentí que el niño se había abierto y comunicado conmigo, movilizándome contratransferencialmente en mi deseo por ayudarle. La clave me la dio la madre, en la siguiente entrevista con ámbos, donde ella también se abrió. Me habló de su infancia, «lloro por mi misma», de su dificultad en tolerar el sufrimiento, refiriéndose a recuerdos de niña con un familiar muy querido, dice «necesitaba poner un telón de hierro, sentir deseos que desaparezca, que muera, la persona que me hace daño», se refería a la espera, asociando, «y me pasa con mi hijo», recordando a su hijo con 4 meses de edad, «el terror que sentía a una estatua, que tiene ojos de muerte», continúa asociando, «yo estaba volcada en él, me empecé a volcar en mi trabajo, creo que le dejé muy solo».

2.° VALORACION CLINICA, HIPOTESIS DIAGNOSTICA:

Aunque no existía conciencia de enfermedad mental, por los diagnósticos neurológicos y tratamientos de reedu-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

cación, percibí una buena capacidad en la madre y el hijo, para animarse a emprender un trabajo mental, pensando que el trabajo con el niño pasaba y estaba íntimamente unido a la madre, en su dificultad de querer, y de poder tolerar el sufrimiento, recurriendo a un funcionamiento psicótico disociativo.

Mi hipótesis era de una psicosis simbiótica, en la que el niño no había podido separarse de la madre por la precoz retirada libidinal, sobre los 4 meses de edad. El niño sufría de «cortes», corte que la madre hizo y hace de su aporte libidinal. El niño «corta» la relación con las personas (corta el juego saliendo repentinamente del despacho, con su inquietud...), «corta» la comunicación al cortar las palabras. Corta la relación con el mundo externo y el desarrollo de su mente (diagnóstico de retraso mental).

Por todo ello propuse unas sesiones psicoterápicas quincenales a cada uno, madre e hijo, por separado, de tal forma que una vez por semana veía a uno de ellos. Si hubiese tenido más disponibilidad de tiempo, podría haberles visto más frecuentemente.

3.° SESIONES:

Muestro resumidamente las secuencias de las sesiones, inicialmente las de la madre, luego las del hijo, numeradas en el orden en que fueron realizadas.

1.ª S.: Llora al hablar de sus deseos de muerte por no soportar la frustración, escondiendo su capaci-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

dad de querer. Asocia «a los 8 años pense en ser religiosa, para no frustrarme. Dios nunca me frustaría».

Recuerda datos del desarrollo de su hijo (olvidados en las anteriores entrevistas), a los 30 días decía «ajo», se llevaba el chupete solo, repetía sonidos.

Mis intervenciones van enfocadas a la frustración inevitable que supone el ir creciendo los hijos, la frustración por el cambio en la relación. Defendiéndose de ello, escondiendo su capacidad de querer. Llora.

3.ª S.: Viene contenta, cambios en Tomás, «no sé si es él, o en mí, o en los dos». Va disminuyendo la sintomatología agresiva, inquieta, juega más, se integra con otros niños. «Le noto más él mismo, como un hombrecito». Me habla de evitar mostrar cariño o sentirlo, para no frustrarse (Ej.: vió que su hijo hizo algo que le gustó, pensó «qué bien», no se lo digo para evitar que me frustre).

No soporta la demanda de los hijos, «me agobia». Asocia a sus necesidades infantiles al recordar de niña «era muy exigente con los padres, sobre todo con mi madre».

Creo que Tomás tiene miedo de querer y confiar en alguien, como yo, y da puñetazos (Ej.: el otro

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

día al recogerle al colegio, percibí en él una mirada muy amorosa hacia mí, yo también la sentí.

Inmediatamente dijo, no, y dio un puñetazo). Habla de sus repliegues defensivos, disociándose, a través de los libros (j.: abraza al marido y sigue leyendo al tiempo).

5.ª S.: El niño está mejor. Es más persona, me dice «mamá contéstame». «Creo que yo también le reconozco como persona y puedo escucharle».

Habla de sus sentimientos de odio y la culpa, no proyectando tanto. «Yo no quiero sentirme mala, que es por culpa de ellos que me frustran», puede aceptar dichos sentimientos y poder evitar, lo que ella llama la «cola» que le traía la culpa después de sentir tanta rabia y odio, «cola» que no la permitía sacar el cariño hacia ellos.

Me habla del miedo del hijo a ser abandonado, ante amenazas de ser echado, «¿me echas de casa?», pues voy donde Jesús (terapeuta).

7.ª S.: Habla del miedo a comunicarse con su hijo, pensando en las separaciones, refiriéndose a la muerte. «Tengo miedo a querer, por el miedo a morirse, me distancio de él, no puedo hablarle y comunicarme con él».

Después de referirme con detalle su conducta de arrojar objetos por la ventana, ve su relación con

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

situaciones de separación del niño, diciendo «no hablo con él, al tirar cosas por la ventana, puede estar expresando algo».

9.ª S.: Llora, al hablar y darse cuenta de su dificultad en querer, utiliza la expresión «mojarme». «He vivido sin enterarme, en una nube».

Habla de su miedo al sufrimiento, relacionándolo con ¿cómo ayudar a su hijo?, diciéndole yo, puede ayudar a que su hijo aprenda a tolerarlo y quererse, como ella a sí misma.

11.ª S.: Algo más tolerante con su hijo, refiriéndome situaciones con su hijo en las que reaccionaba agresivamente, con rigidez e impaciencia. «Me acordé, esperé dos segundos, y pensé en lo que hablo contigo. Puedo tener más fuerza de voluntad, y no me enfadé con él, tuve más paciencia».

13.ª S.: Ante las demandas de su hijo de jugar con ella (algo nuevo), se angustia y no puede acercarse a él, con la fantasía terrorífica que la demanda sea tan voraz que no la deje tiempo para ella.

Ha pensado en una chica canguro conocida, que recoja al niño a las 7 de la tarde, sintiéndolo como un límite, pudiendo animarse a jugar por la tarde hasta esa hora.

17.ª S.: Proximidad de mis vacaciones de verano.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Describe la madre una situación en la que ella estaba sola, con Tomás (el marido de viaje, el hijo mayor en un campamento). El niño se pasó a la cama con ella, la demanda hablar, que le cuente cuentos, no le hace caso aunque piensa «si estuviera mi marido se lo contaría»; el niño se levanta oyéndole hablar con el pajarito, como una conversación, imaginando la madre que está hablando con el padre o el terapeuta.

Viene el niño asustado porque ha matado al pájaro. Ella siente que la mata a ella, identificándose al pájaro endeble. Reacciona llamándole loco, deseos de muerte y sentimientos de odio hacia el hijo.

Intento mostrarla, que al dejar solo a su hijo no atendiéndole, proyectaba en él su locura, matando a su capacidad de querer (pajarito endeble), llora. Reconoce algo su propia locura, «tengo miedo por él o por mí». Me informa de su decisión de hacer un psicoanálisis, pidiéndome la dé referencias de una persona con la que ya ha contactado.

SESIONES DEL NIÑO:

2.ª S.: Juego bastante desestructurado, cortándolo constantemente o interrumpiéndolo (tirando cosas, sale del despacho a ver a la madre, va al W.C., quiere meterse en otro despacho...). Hay una

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

cierta temática de un bebé que tiene hambre, la mamá se marcha y le deja solo, con deseos agresivos hacia ella y retaliativos (cárcel), se lo interpreto transferencialmente, ante la próxima separación de semana santa. Tímidos intentos reparatorios que fracasan (intentando llamar por teléfono a la madre y hablar con ella, pero lo tira todo al suelo, deja de jugar y se marcha del despacho).

4.ª S.: Es la primera vez que hace un dibujo, él y la madre, desestructurados e incompletos, a dos colores, de azul los ojos, boca y cuerpo, de rojo los brazos, rompe por la mitad la pintura azul.

Ya no quiere seguir en la sesión, marchándose del despacho. Dado que era la sesión después de las vacaciones, se lo interpreto como un ataque interno al vínculo mamá-terapeuta/él.

6.ª S.: Está preocupado por un diente («se cae»). Juega por primera vez conmigo, él es un bebé hambriento, jugando a querer morderme, pincharme en la barriga con una pintura. Rombe la punta. Apaga la luz y teme que yo sea un fantasma-mamá que le castigue.

Le interpreto sus temores relativos por sus fantasías voraces, de morderme... Se marcha de la sesión.

8.ª S.: Juego de intentar entrar dentro de una casa. Yo hago de mamá que está dentro de la casa, que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

permanece cerrada. El intenta abrir, temiendo al tiempo que no le abra. Deseos de echar a otros bebés dentro de la casa. No interpreto, me limito a dejar desarrollarse el juego.

10.ª S.: Al entrar al despacho, ve algo rasgado un póster de una niña que existe en la pared. Se asusta mucho. No quiere permanecer en el despacho.

Le intento relacionarlo con el miedo a sus fantasías agresivas hacia otros bebés internos míos.

12.ª S.: Teme entrar. Juega a una mamá que tiene un accidente y se muere. Se asusta, se marcha del despacho, pero vuelve (lo hace varias veces).

Luego el niño se sube a la chimenea, se cae, un accidente.

Le interpreto el temor a sus pensamientos hacia mí-mamá, conectándolo con la sesión anterior, temor a sus fantasías agresivas, que me muera, sintiendo que luego se muere él.

14.ª S.: Deseos de meterse en otros despachos, coger juguetes de otros cajones, debiendo ponerle límites. Se enfada conmigo, se pone a romper lápices, pinta las paredes, me quiere pintar a mí y se quiere marchar, se tira un pedo.

Le interpreto su hambre de mí, como una mamá, imaginando que yo atiendo y quiero más a otros

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

niños-hermanos, con sus sentimientos rabiosos, de morderme, ensuciarme, temiendo que yo le castigue y por eso huye.

Vuelve, regalándome caramelos que «pican». Le interpreto sus deseos de darme cosas buenas, pero llenas de pensamientos cacas que pican.

15.ª S.: Juega largamente al escondite, de buscar la mamá al bebé, si tarda algo la mamá en encontrar al bebé, rompe una carta de una baraja. Le interpreto los pensamientos de muerte cuando está solo, y separado de mamá. El bebé se cae, está herido en la barriga.

Luego yo tengo que hacer de bebé y él de la mamá, buscándola, mientras hablo de mi hambre y la rabia que siento. Me dice ¿me das un beso?, me pregunta si tengo hambre y «no te enfades».

Hace un intento de irse, desiste al interpretarle, que pensando en la separación del final de la sesión corta el juego, por toda la rabia y el hambre que siente de mí.

Juega a que el padre encuentra al bebé y juegan a las chapas.

16.ª S.: Le informo de la fecha de las vacaciones de verano.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Juega a apagar la luz y a buscarme. Se lo relaciono al tiempo de separación que no nos veremos y su deseo de tenerme.

Juego al escondite, con muñecos, yo tengo que hacer de mamá que le busca.

Le comento que necesita comprobar que yo-mamá no le olvido, durante la separación. Me contesta «te conozco Jesús» (mi nombre).

Juega a un bebé hambriento, que le duele la barriga, que se cae. Luego el bebé quiere sentarse en la silla de la mamá, temiendo que ella se enfade y le castigue.

Le comento que teme que yo sea como una mamá que no entienda sus deseos de no separarse de mí, su hambre de mí al no vernos y sus sentimientos rabia y el temor a que le pase algo.

18.ª S.: Ultima sesión. Inicia un juego de esconderse la mamá y el bebé, buscándose, el bebé está hambriento, se lo relaciono con la separación, su deseo de verme, buscarme y no separarse de mí.

Pasa a jugar a meterme miedo (tirando sillas, haciendo ruidos como un forzudo), le digo que quiere comprobar si yo me asusto de sus pensamientos y sentimientos de rabia por todo el hambre que de mí va a tener.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Juego de accidentes, se cae desde un tejado sobre la cabeza, daño en la barriga. La mamá se cae del tejado. Pone una inyección a los dos. Le comento sus temores a lo que pueda ocurrir, tanto a él como a mí, por toda la rabia y hambre.

Hace un dibujo a continuación, primero un niño gordo y luego otro delgado, y dice mi papá está fuera.

4.° COMENTARIOS SOBRE LAS SESIONES:

De la Madre:

En mis intervenciones con ella, me centro a la hipótesis formulada, su dificultad para tolerar la frustración, que conduce a los «cortes». No toco la transferencia.

Desde un principio al hablar de sí misma, puede hablar de su hijo, poder hablar de sus sentimientos le permite acordarse de su infancia y puede recordar a su hijo con 30 días (1.ª S.), este proceso de reconocimiento de su hijo se ve en las sesiones 3.ª y 4.ª, «parece un hombrecito», «creo que yo también le reconozco como persona y puedo escucharle».

Va disminuyendo sus mecanismos proyectivos en su hijo, pudiendo diferenciar sus necesidades de las de él. Puede hablar de sus deseos de muerte hacia el hijo y la

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

culpa posterior («la cola»), y ello le permite mostrar su cariño (5.ª S.). Inicio de sentimientos depresivos, llorando por el daño que se hace a su capacidad de querer («vivir sin enterarme», 9.ª S.).

Puede introducir medidas realistas para relacionarme mejor con su hijo, basadas en una identificación con el terapeuta («pensé en lo que hable contigo..., tuve más paciencia», 11.ª S., (buscar una chica canguro por unas horas, con un límite de tiempo que la permita jugar con su hijo, 13.ª S.).

En la última sesión, previa a mis vacaciones de verano, aparece toda la locura (el corte a la vida, deseos de muerte). Inicialmente proyectándolo masivamente sobre el hijo, pero puede conservar algo de lo trabajado juntos en las sesiones, reconociendo, algo, su locura («miedo por él o por mí», 17.ª S.). Llora por ello, informándome de su decisión de psicoanalizarse.

Sesiones del niño:

Me planteé el tratamiento como una psicoterapia, con interpretación de la transferencia.

Las primeras sesiones muy desestructuradas, con «cortes» frecuentes, intentando contener y tolerarle, interpretando la transferencia materna y los temores persecutorios retaliativos.

Tengo la impresión que el niño hace una evolución pa-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ralela y dependiente de la evolución que hace la madre. En la 4.ª S. puede iniciar un proceso de diferenciación de su madre (a través del dibujo), la madre ya lo inició en la 1.ª y 3.ª S. Este proceso le permite al niño reconocerme y jugar conmigo, 6.ª S. (morderme, pincharme), me trae sus temores (su diente), como un reconocerse ante mí.

Se ve este paralelismo, entre la evolución de la madre y el hijo, en la 8.ª S., jugando a entrar dentro de la casa (yo en la transferencia una madre, que le tolero dentro de mí, con sus deseos, necesidades...). Cuando previamente, en la 7.ª S., la madre habla de su miedo a comunicarse con él (para comunicarse hay que dejar salir y entrar algo de uno y del otro).

Progresivamente va tolerando mejor sus fantasías agresivas y de muerte hacia otros (bebés-hijos míos en la 10.ª S.), y hacia mí (12.ª S.), pudiendo jugar a ello (juega a la mamá que se accidenta y muere).

A partir de la 15.ª S., puede jugar a su enfermedad a través de muñecos, hasta ahora lo actuaba, «cortando» constantemente la relación, cambiando la calidad de la relación conmigo, juega apagando la luz, al escondite.

En vísperas de la separación de verano, se incrementan sus sentimientos de abandono (el hambre, voracidad), así como agresivos, con el temor a que yo como una madre no los tolere no sea fuerte, y su angustia a que me muera y él también se muera (juega a meterme miedo, 18.ª S.). Con todo puede mantener la relación conmigo, sin «cortar», y mostrar como él se siente, dibujo del niño gordo y luego delgado.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

5.° REFLEXIONES FINALES:

Creo que la clave del trabajo que muestro han sido los cambios que la madre ha podido dar, hasta llegar a reconocer a su hijo, desde el punto de partida de retraso mental como paradigma del «no reconocimiento». Paralelo a su decisión de hacer un psicoanálisis, en su deseo de conocerse.

Yo me pregunto, sobre la utilidad del mismo terapeuta en abordar a las dos personas, centrando el trabajo como un foco en la hipótesis que hice (los «cortes», consecuencia de la retirada amorosa de la madre para evitar el dolor de la frustración). Buscando rescatar la capacidad de querer y quererse (de reconocer y reconocerse).

No es original la indicación de un tratamiento individualizado y separado para el hijo y la madre o los padres, cuando se detecta patología, pero me pregunto, como en el caso que muestro, si el predominio de una relación indiferenciada por la patología psicótica, no dé cabida a este tipo de abordaje, como paso previo ántes de indicar el tratamiento individualizado.

No estoy seguro que se pueda hacer este abordaje siempre, existiendo el riesgo que la patología psicótica pueda incluirte. En este caso creo que pude mantener una disociación operativa, que me permitió trabajar con cada uno.

Creo que en este momento de inicio de una separación y diferenciación entre la madre y el niño, es conveniente facilitarlo, desde un punto de vista técnico, la madre su propio tratamiento con otro terapeuta, continuando yo con el niño.

RECENSION

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

R. MISES, J. FORTINEAU, PH. JEAMMET, J.-L. LANGA, PH. MAZET, A. PLANTADE, N. QUEMADA.

«Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent».

La Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXI, 1, 1988, pp. 67-134.

Esta reciente publicación de Roger MISES y colaboradores, la consideramos muy importante para la psiquiatría infantil en España. Debido a ello hacemos aquí la primera parte de un amplia recensión de este trabajo en lo que se refiere a «presentación y aspectos generales de la clasificación», reservando para una segunda parte la exposición de sus categorías y comentarios.

Comienzan los autores señalando, que en el momento actual —tras un período de tiempo en el que venía predominando la influencia de corrientes antinosográficas— numerosos psiquiatras manifiestan un nuevo interés por las clasificaciones. Siempre fueron necesarias para la comunicación e investigación científica, pero hoy más que nunca la precisan también los poderes públicos, dado la importancia de los estudios epidemiológicos que llevan a cabo, así como para evaluar las ayudas y acciones que emprenden.

Por nuestra parte, recordamos que DUGAS y HEUZEY (1988) señalaron que es a partir de 1960 cuando las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales en los ni-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ños comienzan a tenerse en cuenta, si bien, adolecen de llevar las asignaciones que se da en las clasificaciones de los trastornos mentales de los adultos (CIM-8, 1965; INSERM 1968; DSM II 1968). Esto no quiere decir que con anterioridad no existiesen otras clasificaciones en Francia, que a decir también de DUGAS y HEUZEY (1988) estaban preferentemente concebidas para facilitar la búsqueda de dosier y en las que se agrupan observaciones y pacientes. No obstante, carecían de tener categorías diagnósticas con determinación lógica y sistemática, así como de una validación de las mismas y su nomenclatura era una mezcla de rúbricas sintomáticas, sindrónicas, etiológicas, psicopatológicas, nominales, ordinales, presentándose con frecuencia en orden alfabético. Los mismos responsables de aquellas clasificaciones eran conscientes de que carecían de un valor científico. Incluso, si al usarlas, personalmente estaban encariñados con ellas por lo práctico que resultaba su empleo, hasta pasaban a hacerlas confidenciales y anónimas.

También creemos que es necesario citar en este contexto la clasificación que aparece en Francia en 1963, publicada por LEBOVICI, S., y SADUN, R., con el título «Registro del diagnóstico en el Centro de Salud Mental Alfred-Binet. París 13», que se ocupa exclusivamente de niños y establece un sistema diagnóstico que comporta: 1) una referencia diagnóstica de base, con doce categorías; 2) la estimación del grado de inteligencia; 3) trastornos asociados (instrumentales reaccionales o psicosomáticos); 4) una referencia etiológica, y 5) una referencia pronóstica en la que se incluyen aspectos psicosociales, el papel de la familia y ocasionalmente de la terapia.

Es ésta una clasificación que el propio MISES y Col., en el trabajo que recesionamos aquí, consideran «de orien-

tación específica en la que ocupan un lugar amplio los conceptos psicoanalíticos del funcionamiento mental y que más que una clasificación standarizada recuerda un índice de evaluación diagnóstico, pronóstico y terapéutico propio de los trabajos hechos en el seno de un equipo», añaden, que su aplicación implica el conocimiento de la teoría psicoanalítica y así mismo el que a pesar de haber sido evaluada estadísticamente sus datos recogidos con un sistema de Registros hecho independientemente por SIROL, SOULÉ y BAUSSET en 1979, ningún informe ha sido publicado sobre la fidelidad entre los diferentes profesionales que lo aplican y de hecho no arraigó suficientemente en las instituciones francesas y en la práctica paidopsiquiátrica de este país.

En 1984 Roger MISES y Philippe JEAMMET dan una información de la clasificación que venían elaborando y ensayando sobre los trastornos mentales del niño y del adolescente en la revista «Confrontations Psychiatrique». Introducían en ella novedades tales como la de categorizar la «depresión», no considerándola como un cuadro único sino situándola en función de la patología dominante donde aparece: «psicosis distímica», «depresión neurótica», «depresión crónica», «depresión reaccional», «momento depresivo respondiendo a una variación de lo normal».

Más tarde, en 1987, MISES y un equipo más amplio harán un avance de esta clasificación que comentan en un artículo de la revista «L'Information Psychiatrique» y es en 1988 —un año más tarde— cuando se da a conocer en toda su extensión y es publicado el trabajo que aquí comentamos. Junto a su exposición detallada en ejemplos, categorías y subcategorías, se exponen también los principios generales que la rigen, la modalidad de su utilización en niños muy pequeños, la aplicación en los adoles-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

centes, su finalidad y el balance de los ensayos preliminares y prospectivas. Junto al listado de categorías se da un glosario o explicación de las palabras empleadas en el texto.

Esta clasificación tiene equivalencia con la proyectada ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud. Para este fin los autores de la clasificación francesa colaboraron con responsables de la OMS, teniendo en cuenta los dos proyectos de clasificación a fin de que su empleo no fuese obstáculo cuando hay que establecer una comunicación a escala internacional. Los participantes del grupo de trabajo por parte de la OMS fueron M. RUTTE, N. SARTORIUS, J. van DRIMMELEN, y del lado francés, S. LEVOBICI, R. MISES, N. QUEMADA, R. SADOUN, éste, en el cuadro del Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la formación en Salud Mental (del que es director R. SADOUN). Los países francófonos, a partir de ahora, pueden someter el conjunto del proyecto a ensayos tanto a escala nacional como internacional.

Resumimos a continuación los principios generales y finalidad de esta clasificación.

Con ella se pretende que en el proceso de evaluación no se someta al clínico a un cliché de decisiones previamente establecido, sino que se le procure disponga de una total libertad para que pueda hacer la valoración con los instrumentos teórico-clínicos que él prefiera y le convenga mejor, siempre que respete los criterios de inclusión y de exclusión suministrados en el glosario. Según su criterio y modos de exploración clínica ocupará un puesto más o menos importante, respectivamente, el estudio semiológico o la toma en consideración de la organización interna desde el punto de vista psicopatológico.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Los autores, en su clasificación se proponen seguir la realidad compleja de la clínica, encontrando un modelo de descripción que asocie la mayor precisión posible con un nivel de generalización suficiente para impedir con ello la exclusión de un gran número de casos. La principal inquietud aparece cuando hay que eliminar falsos negativos. Por otra parte, hay que señalar que igualmente un exceso de precisión conducirá a retener sólo los criterios positivos aparentes, abocando paradójicamente a una superficialidad y una generalización que le quita todo el significado. Este es el caso por ejemplo de un síntoma como la «enuresis» tal como figura en el DSM III.

A este propósito abrimos un paréntesis para informar al lector sobre la crítica que en este texto se hace del DSM III, razonando y precisando las deficiencias que encuentran en ella al tiempo que comentan algunas de sus ventajas. No entramos en ello por no hacer excesivamente larga esta recensión, pero recomendamos al lector, en especial para los psiquiatras que utiliza esta clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, de la que está a punto de aparecer la nueva revisión DSM IV, como es preceptivo, hacer aproximadamente cada decenio con las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades.

También se proponen los autores del texto que recensionamos facilitar útiles destinados a incluir el conjunto de conductas patológicas en un cuadro en el que el valor de referencia y coherencia sean dados no sólo por la unidad sintomáticas o sindrómica de las diferentes entidades nosológicas que lo componen, sino también por el valor pronóstico y especificidad en cuanto a potencialidad y a los modelos de organización y funcionamiento de la personalidad que testimonian estas entidades.

A pesar de que es inevitable una reducción, esta cla-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

sificación francesa consigue evitar más principios reductores importantes que las que tienen otros dispositivos.

Dado que se trata del niño y del adolescente, hay que considerar que están inmersos en su evolución, por lo que la clasificación ha de reposar sólo sobre parámetros «actuales» de la patología dominante, no teniendo un valor definitivo, ya que ulteriormente la evolución del trastorno puede conducir a tener que ser clasificado en otras categorías.

Los autores no descartan que en la elección de clasificación exista una orientación específica, teórica e ideológica, señalando que al igual que está presente la psicoanalítica también se tienen en cuenta otras, centradas en teorías diversas atendiendo a las necesidades que exige la entidad considerada.

Esta clasificación, hecha fundamentalmente para los niños, exige algunas aclaraciones respecto a su aplicación con los lactantes y los adolescentes. Para los primeros, se contemplan categorías respecto a la perspectiva interactiva que se da en los primeros meses de la vida; el exceso o la falta de interacción puede marcar el umbral del comienzo de las dificultades y trastornos en vía de constitución. Esta perspectiva centrada en la díada, y no en el individuo, se ha procurado matizar con categorías y subcategorías. A este propósito recuerda que hay otras clasificaciones exclusivas de lactantes, como es la de J. CALL (1983), psiquiatra-psicoanalista norteamericano. Es una clasificación monoaxial y consta de diez rúbricas que categorizan en serie lineal a la vez los principales síndromes clínicos (trastornos psicosomáticos, del comportamiento, desórdenes del vínculo) y factores etiológicos (ligados al ambiente, de origen genético, etc.). Otra

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

clasificación es la de KREISLER (1978) dada en Francia que comporta cuatro ejes: referencia sintomática (expresión somática), trastorno del desarrollo (expresión psicomotriz y comportamental), referencia estructural, referencia a las influencias etiológicas (orgánica o del ambiente) y referencia a los riesgos (según el grado o la naturaleza del riesgo). Cada una de estas clasificaciones, con sus ventajas e inconvenientes, se dirigen sólo al lactante por lo que se alejan en su perspectiva de la de MISES y Col., que como ellos insisten en decir está orientada más al niño y al adolescente.

En el comentario especial que hacen a propósito de la aplicación de esta clasificación en el adolescente advierten que a esta edad se dan cita dificultades en función de una patología muy cambiante y que hay que contar con un potencial evolutivo y preveer el riesgo de que puedan fijarse u organizarse de otra forma. Las clasificaciones en ellos, por estas condiciones, se exponen a dejar de lado numerosas situaciones patológicas, cargadas de riesgos evolutivos evidentes si se limita a ser hecha con unidades sindrómicas ya organizadas a nivel de adulto. Por otra parte, sería inútil e incluso peligroso no utilizar más que criterios fundados sobre los síntomas y comportamientos manifiestos sin preocuparse de la organización de la personalidad subyacente y de su significación en relación con ésta, cualquiera que sea la diversidad de los modelos de referencia de la personalidad.

Tampoco se pueden poner en el mismo plano de los síntomas el pronóstico y tratamiento, pues pueden diferir totalmente en función de las características de la personalidad en la que se dan y del significado que adquieren en el contexto. El caso de la enuresis ejemplifica esto: así sino se tiene en cuenta la personalidad en que se presenta el síntoma, se puede clasificar con esta rúbrica

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

organizaciones muy diferentes en cuanto a pronóstico y tratamiento (enuresis que acompaña a una evolución psicótica o la que sobreviene en un contexto conceptual neurótico, o incluso, la que constituye una forma reaccional); esto es válido para la mayor parte de los trastornos del comportamiento individualizado, tales como trastornos de la conducta alimenticia, toxicomanías, tentativas de suicidio... En algunos casos la prevalencia del trastorno del comportamiento le confiere un papel organizador para la evolución del sujeto, y ello es lo que condiciona el pronóstico y el tratamiento. En otros casos, esto hay que tenerlo en cuenta para la dimensión central que se le da.

Por otra parte, muchos de los motivos de consulta del adolescente son expresión de dificultades imprecisas y cambiantes para integrarlas en una categoría muy rígida del tipo del DSM III, pero a su vez son suficientemente inquietantes para que revelen dificultades subyacentes de la personalidad y amenazas para el porvenir. Por estas y otras razones, los autores, en el caso del adolescente, en esta clasificación a la categoría propuesta, acompaña la cualificación de «evolutivo» o «de dominancia ansiosa, histérica...», según convenga. Esto no excluye la existencia de rasgos en otros registros, ya que lo que se tiene en cuenta es que en el momento de la consulta hay dominancia de tal o cual tipo de síntomas y de conflictos que se añaden.

Por último, en relación con el balance de los ensayos preliminares y prospectivas de la clasificación que se presenta, informan que se hicieron numerosas encuestas en etapas diferentes a fin de someter a la crítica y experimentación los Ejes I y II, por gran número de equipos de paidopsiquiatras. Para la valoración del Eje I participaron 81 equipos de los servicios públicos, recayendo el estudio en 2.487 casos para efectuar en análisis cuantitativo y

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ver el interés que la nosografía portaba a los sistemas de clasificación. Lo utilizaron en su práctica, ya fuese en el área de la prevención o de cuidados, y tanto en régimen ambulatorio como institucional. Esto puso en evidencia que todas las categorías habían sido empleadas (salvo en lo relativo a las drogas) y que la rúbrica «otros» sólo se presentó en un 2 % de los casos. En más de la tercera parte de los casos se pudo emplear junto a la categoría principal una complementaria. En cuanto a la «apreciación» se juzgó que el Eje clínico del proyecto de clasificación era globalmente satisfactorio o muy satisfactorio en el 84 % de los paidopsiquiatras e insatisfactorio en el 5 % (11 % no se pronunció al respecto). Por lo que se refiere al conjunto de los casos clasificados, daba un 79 % de casos satisfactorios y 11 % no satisfactorios (10 % no se pronunciaron); se encontró, también, que las dificultades de clasificación eran mayores en niños de edades comprendidas entre 0 y 5 años. Las categorías que resultaron menos satisfactorias fueron: las deficiencias intelectuales, los trastornos de expresión somática y las variaciones de lo normal.

Para el Eje II que no contempla las categorías clínicas de base que corresponde ya al Eje I y sí factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos, subdivididos en orgánicos o que corresponden al ambiente con numerosos item, participaron 40 equipos, llevando la observación a 1.335 casos. La parte consagrada a factores orgánicos fue sometida a los pediatras que con sus observaciones contribuyeron a mejorarla. El análisis sobre este Eje recayó, más que en los resultados, en observaciones hechas por los que lo utilizaban: sugestiones hechas sobre items que faltaban, pertinencia o afinamiento de rúbricas existentes. Todo ello contribuyó a rectificar y enriquecer de forma importante este Eje.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En cuanto al Glosario, conteniendo las definiciones, inclusiones y exclusiones de cada subcategoría y de los factores orgánicos y del ambiente, se sometió a 31 psiquiatras que habían participado en los ensayos preliminares, siendo su opinión globalmente positiva.

Como comentario a la parte de esta recensión que hacemos nos queda decir que de su sola lectura se deduce la importancia que tiene esta clasificación, el rigor científico que entraña, la utilidad que depara y que probablemente en sujetos españoles no sólo era eficiente sino que contribuirá a que se generalice más el empleo de clasificaciones de esta índole.

Nosotros personalmente venimos utilizándola en unas Instituciones con cerca de un centenar de sujetos (niños y adultos deficientes mentales) simultáneamente el DSM III, la ICD-9 (incluyendo la valoración de Discapacidades y Minusvalías, además de las Deficiencias) y el CAB o la clasificación del Centro Alfred Binet al que nos hemos referido. Todas se complementan y enriquecen la información necesaria en una Institución de esta índole, ya sea para documentar el dosier de cada alumno a partir de su entrada en el Centro, así como para dictar y evaluar las programaciones ulteriores de los propios profesionales del equipo que los tratan. Igualmente, para que en el estudio longitudinal hecho de ellos a lo largo de su estancia en el Centro, se pueda evaluar la eficiencia de los programas propuestos, la de los propios profesionales que los dictan y aplican, así como la de la institución que los acoge.

Respecto a la aplicación de esta clasificación francesa, por nuestra parte, sólo podemos decir que nos está siendo muy satisfactoria y enriquecedora al tiempo que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

resuelve escollos que nos ofrecían las otras; sin embargo, no podemos hacer aun precisiones más objetivas de los resultados.

Es de agradecer el esfuerzo y los logros conseguidos por el equipo dirigido por R. MISES que llevó a cabo esta clasificación, y no dudamos que en la medida que los médicos y psiquiatras tengamos una experiencia con ella, en sujetos españoles, la incorporaremos a nuestro trabajo con el beneficio que de ella se deriva, junto a conseguir una mejor comunicación entre los diversos profesionales del equipo.

Anticipamos y advertimos que para el manejo de esta clasificación se requiere un conocimiento previo de la terminología empleada en ciertas categorías que están en relación con las investigaciones que MISES viene realizando desde hace años sobre las «disarmonías» evolutivas y otros conceptos personales. Cn este fin insertamos una biografía sobre estos trabajos, junto con la que en este texto nos hemos referido.

J. PERTEJO

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

BIBLIOGAFIA

CALL, J.: «Towards a nosology of psichiatric disorders in infancy». Frontiers of infante psychiatry. Bassic Books. New York, 1983, pp. 117-128.

DUGAS, M. y LE HEUZEY, M-F.: «Nosologies et systèmes de récueil des données a psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent». La Psychiatrie de l'enfant. XXXI 1, 1988, pp. 5-48.

KREISLER, L.: «Problèmes spécifiques de la classification en psychiatrie dans la premièr âge. Propositions nosographiques nouvelles». Confrontations psichiatriques. 1984, 24, pp. 221-250.

LEBOVICI, S. et SADUM, R.: «L'enregistrement du diagnostic au Centre de Santé Mentale Alfred-Binet. París 13», La Psychiatrie de l'enfant. 1963, 2, pp. 533-550.

MISES, R. et BARANDE, I.: «Les états déficitaires dysharmoniques graves. Etude clinique des formes précoces intrinquant rélation psychotique et symptomatologie de type déficitaires». Psychiatrie de l'Enfant, 1963, VI, 1, pp. 1-78.

MISES, R.; PERRON-BORRELI, M.; BREON, S.: «Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectualle, les déficits dysharmoniques». Psychiatrie de l'enfant. 1971, XIV, 2, pp. 341-646.

MISES, R.: «L'enfant déficient mental: Approche dqnarique». Presses Universitaire de France, París, 1975.

MISES, R.: «El niño deficiente mental». Amorrotu Edit. B. Aires, 1977.

MISES, R.; PERRON, R.; SALBREUX, R.: «Arrierations et débilités mentales». Encyclo. Med-Chirurg. 1980. Psychiatrie 37270A10.

MISES, R. y JEAMET, PH.: «La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent». Confrontations psychiatriques. 1984, 24, pp. 251-274.

MISES, R.: «Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales en el niño». Cuadernos de Psiquitría y Psicoterapia infantil, n.° O. 1985.

MISES, R.; FORTINEAU, J.; MAZET, PH.; PLANTADE, A; QUEMADA, N.: «Vers une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent». Information psychiatrique. 1987. N.° special, pp. 291-302.

SIROL, F.: «Etude stadistique des diagnosis en psychiatrie de l'enfant». Psyciatrie de l'enfant. 1979. XXII, 2, pp. 585-593.

SOULÉ, M.: «Le recueil des données et des elements du diagnostic en psychiatrie de l'enfant et du nourrisson. Sa systématisation en 1979». Psychiatrie de l'enfant. 1979. XXII, 2, pp. 585-593.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

BOLETIN DE SUSCRIPCION

D. .....

CON DOMICILIO EN C/. ..... N.º .....

POBLACION ..... C. P. .....

DESEA SUSCRIBIRSE A **«CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL».**

DURANTE EL AÑO 1988 (N.º 5 y 6).

ADJUNTA TALON NOMINATIVO, A NOMBRE DE **«SEPYPNA»**, POR EL IMPORTE de 3.000,— PTAS.
NUMEROS ATRASADOS 1.500,— PTAS.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6