

TRABAJO CON LOS PADRES*

Colette Chiland**

INTRODUCCION

Un día, un niño de diez años entró en mi despacho tirando a su madre de la mano, había acabado de convencerla para venir al Centro Alfred-Binet, pensaba que necesitaba una psicoterapia. La idea le había venido a la cabeza después de haber escuchado a uno de sus compañeros de clase hablar del tratamiento que recibía en el Centro. Y tenía razón... Accedimos a su petición y se encontró mejor.

Pero es un caso excepcional. Por lo general, son los padres los que traen al niño, antes era la madre sola, hoy en día suelen ser los dos padres juntos, dándose una mayor implicación del padre en la educación del niño. El niño puede haber sido informado de la naturaleza particular de la consulta con un médico con quien se habla y que no pone inyecciones, y de los motivos de dicha consulta. A veces no hay nada de esto y los padres no han sabido presentar la consulta psiquiátrica al niño, consulta que incluso a ellos les incomoda, ya que el psiquiatra asusta.

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

Traducción realizada por Sokoia Lasa.

** Psiquiatra. Miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de París. Profesor emérito de psicología clínica de la Universidad René descartes. Psiquiatra del Centro Alfred Binet.

El psiquiatra, por lo tanto, no sólo va a tener que ocuparse de un paciente sino de un grupo familiar, que puede verse reducido a dos personas si la familia es monoparental, o verse extendido a otros miembros de la familia (abuelos, hermanos y hermanas, etc.) o a otras personas. Los padres no son simples acompañantes, sino que son parte importante tanto en la consulta como en el tratamiento posterior.

Todo tipo de actitudes es posible. Se ha dicho que el niño es el síntoma de los padres, y que es a los padres a los que hay que tratar. Winnicott ha dicho que la enfermedad del niño pertenece al niño, lo que es cierto; ¿acaso entonces hay que tratar únicamente al niño? Que la enfermedad del niño pertenezca al niño no quiere decir que únicamente le pertenezca a él, la enfermedad es la respuesta que él da, con sus propios medios, a lo que pasa en él y en su entorno, luego hay que ocuparse de los padres. René Diatkine tenía una fórmula mordaz: “No se hace beber a un burro que no tiene sed”, los padres no han venido a por una consulta para ellos, no es cuestión de proponerles un tratamiento que rechazarán. ¿Hay que hacer tener sed al burro? ¿Es esto útil? ¿Es necesario?

TRATAR SOLAMENTE A LOS PADRES

En toda mi carrera sólo me ha ocurrido una vez el hecho de tener que decir a una madre en una primera consulta: “Su hijo no tiene nada, es usted la que necesita tratamiento”. Se trataba de una mujer deprimida que no se había permitido pedir una consulta para ella misma, que comprendió y aceptó lo que le dije; hizo una psicoterapia y todo volvió a la normalidad.

Pero no se trata, en este caso, de una actitud sistemática de ciertos colegas psicoanalistas que decían a las madres: “Señora, es su culpa si el niño se encuentra en este estado”. Nuestro conocimiento no nos permiten tales afirmaciones en

los casos en los que las realizamos, delante de un niño autista o psicótico, por ejemplo. Algunos padres en casos como estos, huyen. Otros se dejan convencer y se acusan de forma masoquista, el masoquismo humano que es la cosa mejor repartida del mundo y capaz de dar una idea del infinito (René Descartes decía que el buen sentido era la cosa mejor repartida del mundo y Ernest Renan decía que la estupidez humana daba una idea de lo infinito). Se comprende la revuelta de los padres ante la tentativa de culparles sistemáticamente. Pero no se entiende a los colegas que dicen que los padres nunca se sienten culpables, que son siempre los psiquiatras psicoanalistas quienes les culpabilizan. Casi todos los padres se preguntan qué le han hecho al cielo (y se lo preguntan tanto si creen como si no), para tener un niño en ese estado. La invocación de una etiología orgánica disculpa a los padres, pero, aunque la enfermedad sea transmitida genéticamente, pueden sentirse inocentes y culpables, inocentes dentro de su psiquismo y culpables, sin embargo, de haber traído al mundo a un niño gravemente enfermo, tanto si la enfermedad es psíquica como orgánica. Los padres no son culpables, pero son *responsables* de su hijo, responden de él y tienen que responderle en la vida cotidiana, tienen que hacer frente a las considerables dificultades que entraña la enfermedad. Cuando se está convencido de que la enfermedad del niño pertenece al niño, se encuentra una posición justa, en la cual proponer a los padres un apoyo, por ejemplo una psicoterapia, no significa acusarles. No se comportan de una forma normal con su hijo, pero: ¿cómo pueden comportarse de forma normal en situaciones totalmente anormales? Ni nosotros, por muy psiquiatras que seamos, lo conseguiríamos.

Puede ocurrir que uno de los padres venga a la consulta y que su hijo, generalmente un adolescente, se haya negado a venir y que durante algún tiempo se vea al padre o madre hasta que aparece el adolescente. Tengo bastantes ejemplos, particularmente en parejas que no se llevaban bien pero que no

llegaban a divorciarse, con una madre masoquista y un padre paranoico. El padre se impone a los niños por su aparente racionalidad y su energía, hasta el momento en el que, en la segunda parte de la adolescencia, los hijos son capaces de ver a su padre tal y como es y dejan de agobiar a su madre.

En los embarazos con riesgo o tras una muerte súbita del bebé, algunas madres, algunos padres pueden necesitar un apoyo psicoterapéutico para hacer frente a su angustia.

LAS CONSULTAS TERAPEUTICAS

La situación más corriente es la que llamamos la *consulta terapéutica*. El nombre proviene también de Winnicott que ha publicado numerosas consultas de este tipo. Se trata de consultas en un número limitado, espaciadas de manera variable, donde puede darse una cierta toma de conciencia en el niño y en los padres.

Winnicott utilizaba los “*squiggles*”, garabatos a los que progresivamente se les va dando forma entre dos: el niño y el analista. La consulta terapéutica no es sinónimo de squiggles y los squiggles no son una receta. Winnicott utilizaba los squiggles porque a él mismo le encantaban. Todo lo que haga que el analista esté cómodo y que sitúe al niño en una situación cómoda y de igualdad con el analista es conveniente. Hay niños que hablan gustosamente, ¿por qué obligarles a dibujar? ¿Sólo porque se supone que el dibujo es la forma de expresión más apropiada de los niños? Hay niños que sobre todo quieren jugar y generalmente jugamos con el niño, pero conozco a un psicoanalista notable que nunca juega con el niño y deja que él juegue delante de él hablándole cuando es conveniente (E. James Anthony), y, en su caso, el contacto que establece con el niño y los resultados que obtiene son notables.

Volviendo a ver al niño de vez en cuando, y a sus padres, vemos si las semillas que hemos sembrado han dado fruto. En

un grupo de padres, un padre cuenta a los demás lo que había aprendido a lo largo de las consultas: “Tenemos nuestras propias reglas de juego en la familia. En el Centro, no nos dan recetas, no nos obligan a hacer esto o lo otro, pero nos damos cuenta de que se utilizan otras reglas con nuestro hijo y cogemos de ello lo que podemos”.

Winnicott decía que se hacen consultas terapéuticas o bien un análisis de cinco sesiones por semana. En Francia, se realizan consultas terapéuticas o tratamientos regulares, pero a menudo de menor frecuencia. El tratamiento propuesto por Janine Simon en “*La psychanalyse précoce*” es un tratamiento de una sesión por semana, a través del cual se crea un proceso verdaderamente analítico. No es la frecuencia *a priori* de las sesiones sino el proceso lo que califica al tratamiento.

TRABAJO CON LOS PADRES DE NIÑOS EN TRATAMIENTO

Si un tratamiento se revela necesario, ¿el tratamiento del niño es suficiente?, ¿dónde debemos ocuparnos de los padres y de qué manera?

Hemos podido ver en los casos anteriores que no proponemos recetas, que no dictamos reglas válidas para todo los casos. Pero existen dos tendencias que se oponen, la cual en la que ha prevalecido el principio de que tratamos al niño y no a los padres, y la cual en la que nos ocupamos siempre de los padres, dentro de una forma de acompañamiento variable. Aparece además otro problema: admitiendo que se ve a los padres, ¿quién les ve?

Winnicott escribió, y sorprende, que la psicosis se curaba con un entorno apropiado y que la neurosis necesitaba un tratamiento analítico. Para él, la psicosis resultaba de una deficiencia del entorno en los principios de la vida y se podía curar si el entorno llegaba a proporcionarle, a lo largo de una regre-

sión, lo que le había faltado. La neurosis no resultaba de una deficiencia del entorno, sino de un conflicto interno, por lo necesitaba un tratamiento analítico.

Si el niño comienza un tratamiento analítico, es deseable que haya un mínimo de contactos con los padres. Durante mucho tiempo, hemos tenido la idea de una *asepsia* total del tratamiento analítico obligando al terapeuta a abstenerse de cualquier contacto con los padres del niño. Esto los padres lo llevaban mal: el terapeuta de su hijo es el que mejor le conoce, el que mejor comprende lo que pasa, y es el que en mejores condiciones está para responder a sus preguntas. En esta protesta por parte de los padres hay una parte de verdad. El terapeuta no puede abstenerse fóbicamente de todo contacto con los padres del niño, pero tampoco puede ser el terapeuta de los padres y, si la demanda de apoyo para los padres es muy intensa, otro miembro del equipo tiene que ocuparse de ellos y la psiquiatría del niño es fundamentalmente un trabajo de equipo.

Hay sitios en los que el propio terapeuta se ocupa de los padres y del niño, y creemos que aparecen otras dificultades añadidas que más vale evitar. Al niño ya le cuesta bastante creer que vamos a respetar el secreto que nos confía; por definición los padres son personajes muy poderosos que lo saben todo...Es mejor que el niño esté presente en los contactos con los padres, o si no que los padres sepan que se hará formar parte al niño en lo que se diga. Más profundamente, no se puede mantener al mismo tiempo los intereses del niño y los de los padres que pueden ser contradictorios. Desenmarañar el universo interno del niño no es intervenir directamente en las interacciones entre los padres y el niño, siendo esto otro acercamiento que tiene su importancia en las consultas conjuntas y en el tratamiento familiar.

Si somos pacientes, hay padres que acaban por evolucionar y por pedir ellos mismos un tratamiento personal.

También hay padres que hemos intentado ver, desde el principio del tratamiento, con una cierta frecuencia porque sus actitudes y comportamientos dañaban al niño y eran un obstáculo para su tratamiento. No somos totalmente poderosos y no basta con ocuparse de los padres para que todo mejore, existen organizaciones del carácter que resisten a todo.

Sylvain era un niño enclenque y de apariencia ingrata cuando le vimos a la edad de seis años. Había tenido un estado de salud precario durante sus primeros años de vida. Sus padres nos lo trajeron debido a sus dificultades de aprendizaje escolar. Tenía un coeficiente intelectual de 70. Una de mis colaboradora le acogió en una psicoterapia pedagógica de apoyo y evolucionó de una manera que consideramos notable, situándose en la media de la clase, pasando la escolaridad primaria sin repetir curso y pasando a tener una apariencia cada vez menos ingrata. Yo veía a los padres con cierta regularidad, a veces a los dos juntos y otras veces por separado. La madre se había casado, tras una decepción sentimental, con un buen hombre de un nivel cultural inferior al suyo; era como el matrimonio de la carpa y el conejo. Ella tenía para su hijo las aspiraciones más altas, tenía que llegar si no a la Escuela Politécnica, por lo menos a realizar Altos Estudios Comerciales (HEC), también tenía que comer raciones alimentarias que estaban lejos de sus posibilidades. Cuando Sylvain sacaba un 6'5 ó un 7 (13 ó 14 sobre 20), no era una buena nota, una buena nota era un 9 ó un 9'5 (18 ó 19 sobre 20). Por lo tanto le estaban riñendo constantemente. Su coeficiente intelectual permanecía imperturbablemente en 70. Al cabo de cinco años, la madre me exigió que le comunicara el coeficiente intelectual del niño, lo que no hago nunca. Tampoco lo hice entonces, pero le pregunté que cuál sería para ella un buen coeficiente intelectual. La respuesta fue: "Un coeficiente de 110 sería insuficiente, un buen coeficiente intelectual es por lo menos un 120...". Cuando acabamos, no había logrado cambiar en nada sus aspiraciones, pero el padre se había vuelto un poco más capaz de hacer frente a su mujer y de proteger al niño.

GRUPOS DE PADRES

No tenemos siempre la posibilidad de organizar estos grupos y es una pena. El trabajo que se realiza es útil y se realiza más fácilmente que en una relación individual. En un momento dado, tuvimos un grupo terapéutico de niños de la escuela de párvulos, que sufrían de disfasia y de trastornos de la personalidad, un tratamiento intenso de tres sesiones de dos horas por semana. De forma paralela a este grupo de niños, había un grupo de madres (podríamos haber acogido a los padres pero sólo estaban disponibles las madres) que se reunía una vez cada quince días. No se puede esperar de un grupo como éste una transformación en profundidad. Pero las madres, bastante desprovistas cultural y psicológicamente, recibían un apoyo las unas de las otras y no sólo de los terapeutas: constataban que no eran las únicas que se encontraban ante mismas dificultades, sus hijos no eran casos aparte, las madres cuyos hijos habían mejorado les daban esperanzas.

También hemos hecho grupos grandes de padres con hijos en tratamiento. El sistema consistía en que el responsable del grupo empezaba a hablar de un problema general para calentar el ambiente y los padres podían preguntar libremente. Ninguna pregunta recibía una respuesta agresiva y se respondía a todas las preguntas no a un nivel individual de cada niño, sino a un nivel más general. La tercera parte de la reunión se desarrollaba espontáneamente siempre del mismo modo, el terapeuta se iba quedando callado y los padres hablaban los unos con los otros, lo que viene de otro padre es mejor recibido que lo que viene del terapeuta.

Una de las preguntas que recibíamos constantemente se refería a lo que pasaba en el tratamiento del niño, por qué no se cuenta todo a los padres. Es difícil hacer entender a los padres que sus hijos no se dedican a contar las realidades de la vida, y en particular los pequeños secretos familiares, sino que desarrollan sus fantasmas.

Cogí un día el ejemplo de una niña de 4 años a la que llevamos a un psiquiatra psicoanalista para una consulta porque estaba muy nerviosa y difícil después de la muerte de su padre que había tenido lugar seis meses antes. Al cabo de unos instantes, la niña pregunta al psiquiatra si puede decirle todo, contarle un secreto. Las orejas de un psicoanalista no pueden evitar temblar ante tal propuesta:

–“Sí, aquí es donde puedes decir todo.

–Mamá ha matado a papá.

–Ah! Ya. ¿Y cómo lo ha hecho?

–Le ha dado sus cacas para comer.”

Se hizo una gran silencio en el grupo, donde no había ningún lector de Melanie Klein. Y una mujer joven, emigrante de un nivel cultural probablemente mediocre dijo: “Entonces ahora entiendo algo de lo que le pasa a mi hermano pequeño que dice cosas raras desde que murió nuestra madre”. Los otros padres se sobrecogieron, empezando a entrever una nueva dimensión de los problemas y a preferir que sus hijos confiaran sus fantasmas al terapeuta antes que a ellos mismos.

Los ejemplos precedentes no tratan de grupos cerrados en los cuales el o los terapeutas invitarían a los participantes únicamente a decir lo que primero que les viniera a la mente y se preparan para interpretar. Nunca hemos practicado con este tipo de grupos con los padres.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

En mi equipo, nos hemos podido beneficiar de dos colaboradoras formadas en psicoterapia familiar e interesadas por este trabajo. Para un cierto número de casos muy pesados, fue fundamental. Aún así tampoco se puede esperar una transformación del orden de la que se consigue con un análisis (en el

mejor de los casos). Pero los padres llegan a gestionar mejor un cierto número de problemas de la vida cotidiana, a poner límites. Es un trabajo que contribuye a instaurar un marco de vida para el niño y al mismo tiempo un marco para el tratamiento.

Hay sitios en los que únicamente se trabaja según los principios de la psicoterapia familiar, en general sistemática. No es nuestra óptica. Creemos que una transformación profunda sólo se logra con un tratamiento individual. Pero no todos los padres tienen los medios psicológicos de seguir uno (no hablo de medios financieros ya que todos los tratamientos en nuestro servicio son gratuitos, lo que algunos padres llevan mal, ya que se creen que son tratados “con rebaja” cuando contamos con unos medios de lujo que no se encuentran en la práctica individual privada).

PSICOTERAPIA DE LOS PADRES

Hasta este momento sólo hemos hablado de un trabajo a un ritmo flexible realizado por uno u otro miembro del equipo, el asistente social, el psiquiatra, un psicólogo. Hemos llegado a emprender, con los padres, una psicoterapia con un ritmo regular realizada, en nuestro servicio, por un psicoterapeuta de formación psicoanalítica.

Tenemos la experiencia de tratamientos de este tipo en nuestro Centro después de varios años, con resultados que consideramos excelentes en un gran número de ocasiones. Han sido sobre todo madres, pero también hemos tenido algunos padres. Hemos tenido madres *borderline* a las que les ha costado mucho entrar en el marco de un tratamiento regular, por ejemplo llegar a la hora de la sesión y no cuando debía estar acabando. Hemos tenido madres solas par sacar a sus hijos adelante que han logrado hacer un camino personal importante, combinado con una formación profesional que les ha revalorizado y cambiado su destino.

Estos últimos años, hemos empezado una investigación sobre los trastornos de la identidad sexual en el niño y preparado un plan de tratamiento que se compone de una psicoterapia del niño tan intensiva como sea posible (tres sesiones si es posible, como mínimo dos), un tratamiento para cada uno de los padres (psicoterapia o análisis), consultas conjuntas padres-niños de vez en cuando para finalizar. Un dispositivo tan pesado parece necesario para tratar un trastorno narcisista también rebelde, y que parece ligado a las interacciones fantasmáticas entre padres e hijos. Esta investigación nos ha reforzado en la convicción de la importancia del trabajo hecho con los padres, y de lo cual hablaré más detalladamente.

UN EJEMPLO: LOS TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Los trastornos de identidad en el adulto, bajo la forma de una transexualidad extrema, tienen fama de no ser accesibles a la psicoterapia. Es verdad que es un caso muy difícil por la organización mental de los pacientes, dominada por la negación y la escisión, y que introduce todo en la escena corporal y nada en la en la escena psíquica, pero se vuelve todavía más difícil por la oferta médica de reasignación de sexo a través de la cirugía y las hormonas. La esperanza está en el tratamiento de los niños. Pero entre los niños que muestran un rechazo importante de su sexo, no sabemos cuáles son susceptibles de convertirse en transexuales en la edad adulta. Y si un niño tratado no llega a ser un transexual, no se puede probar que sea gracias al efecto del tratamiento, lo que es la característica de todos los casos individuales.

Los que tratan actualmente niños con trastornos de identidad sexual, más frecuentemente niños femeninos que niñas masculinas, constatan la importancia del tratamiento de los padres para la evolución del niño. Si tomamos como hipótesis que, sobre la base eventual de características fenotípicas

constatadas (un niño que es muy guapo, una niña que no lo es) y características de equipamiento supuestas, el niño tiende a desarrollar una identidad contraria a su sexo porque, a través de las señales de sus padres, construye la idea de que no le querrán realmente a no ser que pertenezca al otro sexo, pensamos que no se conseguirá nada sólido si lo que ocurre en la psique de sus padres no cambia.

Así Antoine es lo yo llamo un *niño a la Stoller*, porque corresponde totalmente con la descripción que Stoller ha dado de lo que él llamaba entonces un niño transexual. Su madre ha vivido una simbiosis bendita con él, teniéndolo constantemente pegado a ella. Era su falo feminizado, ella que había vivido una infancia de niño fracasado y que no había optado por el sexo femenino hasta la adolescencia. Cuando Antoine empezó a probarse sus zapatos, a ponerse sus joyas, a hacer de niña, ella lo encontró gracioso, se reía y no hizo nada para que cambiara. Cuando Antoine viene a verme por primera vez, me dice que le gustaría ser una chica y me dibuja una princesa preciosa con largos cabellos rubios, con un vestido largo; y me pregunta si su madre puede oírle.

—“¿Qué diría tu madre si te oyera?”

—Se reiría”.

Expresa así el placer que él da a su madre con su feminidad.

La madre no se dará cuenta de hasta qué punto participa en el síndrome de su hijo hasta después de un cierto tiempo de análisis y se muestra avergonzada de haberle animado en su feminidad.

Stoller decía que los padres rechazaban un tratamiento, incluso una conversación. Los tiempos han cambiado, los padres generalmente acuden espontáneamente a la consulta, y ningún padre de un niño con trastornos de identidad ha rechazado un tratamiento, incluso algunos lo han pedido expresamente.

Hemos tenido evoluciones favorables del niño y de los padres, a la vez, pero también hemos encontrado dificultades que desbordan el problema particular de los trastornos de identidad sexual, para entrar en el marco más general del tratamiento de sujetos perversos. Hemos podido constatar (esto también ocurre con los sujetos psicóticos) cómo los pacientes llegan a escindir al equipo y a enfrentar los unos a los otros.

LAS RELACIONES DE LOS DIFERENTES TERAPEUTAS ENTRE ELLOS CUANDO TRATAN A PADRES E HIJOS

Comenzaré con el ejemplo de una reunión de síntesis concerniente a una niña pequeña donde se sospechaba la existencia de malos tratos.

Aglaré nos llega a través de ASE (Ayuda Social a la Infancia). Su historia es complicada. Su madre había encargado su cuidado a una mujer desde los primeros días de vida, no había pagado ninguna pensión y había dejado de ir a verla. Los problemas crecieron cuando la niña cumplió los dos años porque su madre adoptiva no tenía ningún papel en el que le confiaran el cuidado de la niña y ningún estatuto legal. La niña tragó white spirit y tuvo que ser hospitalizada. En el hospital se preocuparon por la situación de la niña, ya que sospecharon malos tratos (equimosis, etc.). no quisieron devolver la niña a su madre adoptiva tomaron una medida perjudicial para la niña a corto plazo y sin planificarlo a largo plazo. Acogida por una institución, la niña sufrió un retraso considerable, perdió el lenguaje, hasta tal punto que se inquietaron y finalmente la devolvieron a su madre adoptiva al cabo de un año. Este es el momento en que la vemos nosotros. La madre adoptiva quería a Aglaé y Aglaé estaba unida a su madre adoptiva, con respecto a la cual teníamos ciertas dudas: se prostituía, y se repetía la sospecha de malos tratos. Aglaé llegaba con marcas de

arañazos, y de cardenales y la madre adoptiva decía que era culpa del gato. Hubo otro accidente doméstico, otra hospitalización, y de nuevo, una sospecha de malos tratos. Se organizó una reunión de síntesis entre todos los que habían intervenido. Esperaba encontrarnos sólo algunas personas y nos juntamos todos: el equipo del Centro (la asistente social, los tres terapeutas del grupo terapéutico, yo misma), los representantes de la ASE, la psicóloga del Hospital donde Aglaé había sido hospitalizada, los educadores que se ocupaban de la madre biológica, y algunas personas en prácticas que creímos hacer bien en llevar para su formación...Lo que nos chocó fue la manera en que cada uno se identificaba con los intereses de su cliente y nadie era capaz de tomar un punto de vista descentrado del problema. Así los educadores que se encargaban de la madre biológica pensaban que había hecho progresos y que había que darle nuevas oportunidades, Después de tener a Aglaé, la madre había tenido otro niño al que abandonó tras su nacimiento y que había sido adoptado, los educadores pensaban que había que hacerla volver a ver a este hijo y que reanudara los lazos con Aglaé. Esperaba un tercer hijo al cual creían que iba a ser capaz de sacar adelante (lo que se vio que fue imposible más tarde). A lo mejor estos educadores pensaban que el reconocimiento de la calidad de su trabajo dependía de esa visión utópica contraria a la ley y al buen sentido. Los representantes de la ASE que, después de grandes dudas habían entronizado a la madre adoptiva como asistente maternal oficial y retribuida, no podían creer ni los malos tratos ni la prostitución, que se rectificaban por sí solos. Estábamos apunto de volver a vivir una aventura tan perjudicial para la niña como la decisión que se tomó en la primera hospitalización.

Creo que este caso es ejemplar en la manera en que cada uno ve a su cliente, pero sobre todo es un ejemplo de la puesta narcisista que cada uno hace en la presentación y evolución favorable de su cliente. “Yo le atendí, Dios le curó”, es un lema de Ambroise Paré, retomada por Freud, y una gran verdad para

expresar la humildad que debemos tener. Hacemos todo lo que podemos, no debemos atribuirnos la gloria entera de una evolución favorable ni castigarnos en el caso de una evolución desfavorable. Debemos interrogarnos para saber si no podríamos haber hecho otra cosa, pero, menos orgullosos de nuestros logros, estaríamos menos agobiados por las resistencias que la enfermedad mental opone a nuestra acción.

En el seno de un equipo en tratamientos de larga duración, nos encontramos con dificultades. Podemos ser manipulados sin darnos cuenta por los pacientes y enfrentados los unos a los otros, cada uno reprochando al otro su ceguera ante su paciente pensando demasiado bien. Clayde Balier, que ha trabajado en prisiones con delincuentes sexuales, insiste en la imposibilidad de tratar a este tipo de pacientes, que saben seducir a sus terapeutas, si no se constituye un equipo en el que cada cual comunique a los demás miembros no sólo lo que averigua, sino también lo que piensa y experimenta, los afectos que el paciente despierta en él. Es francamente difícil conseguirlo.

CONCLUSION

Una de las fuerzas de los terapeutas conductistas es que hacen participar a los padres en el tratamiento de su hijo. En casa hay que observar al niño, tachar casillas en una *check list* de comportamientos, practicar refuerzos, etc. No sé en qué medida esta manera de proceder mejora o altera la relación con el niño. Pero lo que es seguro es que da a los padres el sentimiento de que no son los culpables de la enfermedad, de que son co-terapeutas. Las asociaciones de padres de niños autistas son arduos defensores de estos métodos porque se han sentido maltratados por psicoanalistas y, a veces, realmente lo han sido.

Hay que establecer una alianza terapéutica con los padres también, no sólo con el niño. En todo caso no quiere decir que sea fácil. A pesar de nuestra voluntad de benevolencia, algu-

nos padres reaccionan a nosotros de forma negativa. Recuerdo una consulta, en cuya discusión posterior, los que habían seguido la consulta por medio de un circuito interior de televisión, me reprocharon el no haber expresado vigorosamente mi reprobación con respecto a la madre, que me contaba cómo pegaba a su hijo, cómo le encerraba en un cuarto oscuro, etc. Había sufrido por el niño tanto como los demás asistentes, pero me había apoyado, para soportar a la madre (tolerarla, apoyarla), en el conocimiento de que los padres que maltratan han sido generalmente niños maltratados y que el niño desgraciado que han sido busca en nosotros el padre benévolo que nunca tuvieron y que, paradójicamente, creían encontrar en el niño, con un profundo desconocimiento de lo que son los hijos y de sus necesidades.

En el trabajo de la psiquiatría del niño, nos es duro identificar, a la vez, al niño y a los padres. Ayudada por la edad, ante la actual generación de adolescentes, sigo siendo sensible a lo que les hacen sus padres, que son generalmente torpezas y no maleficios, pero también soy sensible a lo que los adolescentes hacen vivir a sus padres. El maravilloso texto de Winnicott (“El odio en la contratransferencia”) me vuelve a la cabeza, mostrando todo lo que el hijo hace a la madre susceptible de suscitar el odio en ella. No sólo el bebé está ávido y repudia, y rechaza a su madre como si fuera una monda de naranja. Cogido entre su voluntad de independencia y su dependencia de hecho, el adolescente tiene exigencias considerables y no quiere saber nada de las dificultades reales de sus padres: “Ellos me han traído al mundo, ya se las arreglarán para darme todo lo que les pido”. Sabemos, particularmente, lo que hacen vivir a sus padres los hijos que se drogan, y no se drogan siempre porque sean “malos padres”.

Por lo tanto, no me cuesta no condenar a los padres, lo que no significa que, presos de sus proyecciones, no se sientan acusados por el solo hecho de que su hijo no esté bien y tenga que consultar a un psiquiatra y a su equipo.