

REFLEXIONES ACERCA DEL TRABAJO ANALÍTICO A LARGO PLAZO CON ALGUNAS FAMILIAS FRÁGILES*

Durieux Marie-Paule y Frisch-Desmarez Christine*****

INTRODUCCIÓN

Quisiéramos exponer una serie de reflexiones acerca de las familias que necesitan una terapia familiar de varios años de duración.

Nos gustaría mostrar que con estas familias, es necesario un largo período previo de trabajo sobre el encuadre y la co-creación de un espacio transicional, antes de poder pasar a una fase terapéutica en la que la familia pueda salir de sus propios círculos viciosos de presiones y proyecciones.

El motivo de consulta, la edad del niño y su sintomatología suelen ser de lo más variado: insomnio primario, trastornos del comportamiento, pero también síntomas de tipo psicótico, defensas autistas o manifestaciones alucinatorias. En la mayoría de los casos, la problemática central de estas familias suele tener que ver con la identidad y los procesos de individuación y autonomía. Predominan los mecanismos de negación y

* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999.

** Psiquiatra infantil, Psicoterapeuta psicoanalítico. Responsable del departamento "Petite enfance et parentalités" del servicio de salud mental de la Universidad Libre de Bruxelles (Belgique).

*** Psiquiatra infantil, Psicoanalista, Luxembourg.

escisión. Se trata de familias que podríamos calificar de “pre-neuróticas” (M. Berger, 1986). En estas familias los espacios psíquicos están mal diferenciados, la temporalidad trastocada, la historia familiar poco estructurada, poco ligada y el acceso al mundo interno de los padres global o parcialmente obstaculizado. En otros casos, el funcionamiento familiar se nos muestra como neurótico, pero el tratamiento se suele prolongar sin que se produzcan auténticos cambios y se observa que todo un sector de la vida psíquica y de la historia de los padres sigue estando inaccesible al trabajo de elaboración. F. Palacio-Espasa (1998) y B. Cramer, a propósito de estas familias hablan de conflictos de la parentalidad de tipo “masoquista o narcisista”. Se suele plantear una indicación de terapia familiar porque los síntomas del niño están tan ligados a los disfuncionamientos familiares que un abordaje individual parece condenado al fracaso.

PRIMER TIEMPO DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

Durante las primeras consultas con estas familias, que habitualmente suelen tener una historia traumática, se suele poder llegar a elaborar una serie de hipótesis, sobre todo en términos de proyección de objetos internos parentales sobre el niño. Pero la experiencia nos enseña que en la mayoría de los casos, la interpretación verbal, o se suele enfrentar con mecanismos de negación masiva o parece que se acepta pero no se integra. Incluso puede llevar a una atenuación del síntoma pero solo de forma transitoria.

Cada vez que atendemos un caso de este tipo no dejamos de sorprendernos por la duración del tratamiento. Con estas familias, a pesar de una transferencia positiva y una alianza terapéutica clara, resulta desesperante el tiempo que se necesita antes de poder abordar con los padres los conflictos inconscientes activos en la eclosión de la sintomatología de su hijo. Asimismo, hace falta muchísimo tiempo para poder tener

la impresión de que se está produciendo un cambio significativo en la psicodinámica familiar. A veces, el terapeuta tiene el sentimiento de llevar él solo el peso de la demanda y el sentido del proceso terapéutico. Se siente desvalorizado e impotente. Sus capacidades para comprender y pensar se ven a menudo atacadas. Pero hay algo que es preciso señalar: en algunos casos la sintomatología del niño puede llegar a remitir y su funcionamiento psíquico comenzar a cambiar incluso antes de que se produzcan cambios a nivel familiar.

B. Cramer y F. Palacio-Espasa (1993) describen en estos padres modalidades de identificaciones proyectivas del tipo “evacuadoras y deformantes”. Según estos autores, este tipo de identificación proyectiva permite expulsar los aspectos negativos, escindidos y negados de las partes infantiles de los padres: por ejemplo, el niño ávido, destructor, desvalorizado del que los padres no tienen conciencia al inicio del tratamiento. De forma paralela, los padres se identifican conscientemente con imágenes parentales idealmente aconflictivas e irreprochables, pero a nivel inconsciente encontramos identificaciones con imágenes parentales distantes, cuando no rechazantes y hostiles.

M. Girardon-Petit (1996), en un artículo acerca de la transmisión transgeneracional, habla de la necesidad de una especificidad en la escucha de algunos pacientes que ponen en peligro la función reflexiva habitual del terapeuta. Una cita de este autor parece perfectamente aplicable al trabajo con estas familias: “la transferencia se nos presenta como uniformemente positiva y dispuesta al trabajo elaborativo pero al mismo tiempo no da muestras de la más mínima implicación real”.

Se trata de esos pacientes para los que la transmisión transgeneracional se ha mantenido en secreto (Tisseron, 1992) o está entremezclada (H. Faimberg, 1993). S.Tisseron introduce la noción de “fingimiento”: en determinadas circunstancias de vida traumática, los acontecimientos importantes vividos por uno de los padres, pero parcialmente elaborados, se colo-

can dentro de una vacuola, en secreto, pero el secreto contenido en dicha vacuola supura. Es este fenómeno de supuración, que el autor llama “fingimiento,” el que es absorbido por el niño y tiene un impacto en su funcionamiento psíquico.

El o los padres parecen abrigar dentro de ellos una especie de “cripta” irrepresentable y completamente escindida del resto del psiquismo, y este hecho parece explicar el contraste entre el aspecto habitualmente rico y elaborador del material de las primeras sesiones y el que las cosas cambien tan poco a la hora de la verdad.

J. Godfrind (1998) apela a una falla primaria asociada a un sufrimiento psíquico insoportable que no ha impedido, en los casos a los que ella se refiere, un funcionamiento intelectual a veces hasta brillante, pero que al mismo tiempo sirve de protección contra este “terror sin nombre”. Según J. Godfrind, habría una escisión entre una parte representada del acontecimiento traumático, presente en la memoria del sujeto, y una parte totalmente irrepresentada ligada a este sufrimiento. De ahí que esta parte irrepresentada no pueda formar parte del discurso familiar ni integrarse de forma consciente en el material clínico. El acceso a esta parte, cuando es posible, está lleno de grandes rodeos y entre ellos, sobre todo, el consistente en la elaboración permanente de ciertos aspectos del encuadre y de la relación transfero-contratransferencial.

A propósito de la transmisión transgeneracional, H. Faimberg (1993) habla de **identificaciones inconscientes** que condensarían algún aspecto de carácter secreto que no pertenece a la generación del paciente. Evoca una función de apropiación que definiría la identidad positiva del niño y una función de intrusión que la definiría en su identidad negativa.

En su hermosísima obra, S. Fraiberg (1989) desarrolla la idea de los *“fantasmas en el cuarto del niño. Se trata de visitantes del pasado que acuden al bautizo sin haber sido invitados”*. Las familias a las que nos referimos aquí parecen estar poseídas por estos intrusos-fantasmas. Perfectamente instala-

dos en el psiquismo parental les impulsan a repetir, aun a pesar suyo, un escenario ya transcurrido.

Ciccone (1997) habla de “*transmisión traumática*” de objetos no-transformados, por falta de para-excitación y de palabras o a causa de palabras demasiado brutales sobre acontecimientos traumáticos de la historia familiar.

Esta “*transmisión traumática*” aplasta los procesos transicionales y tiene efectos de enquistamiento, alienación y control. Impide su apropiación por parte del sujeto. A este respecto dice el autor: “*El objeto incorporado, o no lo está o está poco transformado por la transmisión, pero él sí transforma al sujeto; por el contrario, el objeto interno introyectado está transformado por el sujeto*”. Describe a propósito de estas familias la noción de “*intrusión imagóica*”, mecanismo por el cual un objeto psíquico interno de los padres está impuesto o se impone como objeto de identificación del niño. Esta “*intrusión imagóica*” serviría para protegerse de las angustias catastróficas, depresivas y persecutorias. Este aspecto defensivo esencial de este tipo de procesos explica también el porqué de la necesidad de un tratamiento de larga duración: las angustias subyacentes se encuentran demasiado escondidas y son demasiado dolorosas como para vivirlas de repente.

MOMENTOS-CLAVE DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

Durante el trabajo terapéutico, en un determinado momento, la madre o el padre vuelven a tomar contacto con vivencias muy dolorosas de la infancia en un movimiento auténticamente asociativo. El desencadenante puede ser un sueño desconcertante, una vivencia depresiva, un movimiento transferencial hacia el terapeuta, dificultades de pareja a menudo acuciantes, un fenómeno alucinatorio o un fantasma recurrente.

Este material aportado por uno de los padres entra a menudo en resonancia con la vivencia del otro y entonces, los recuerdos de su infancia, a veces presentes únicamente en

tanto que afectos y que hasta este momento no estaban disponibles y permanecían escindidos, pueden llegar a emerger hasta permitir que poco a poco se pueda ir esclareciendo la problemática desde otro ángulo.

¿Cómo se puede explicar que estas vivencias tan dolorosas hayan pasado en silencio durante tanto tiempo, cuando es tan evidente su relación con los síntomas del niño? Pensamos que en algunos padres es el mecanismo de la escisión el que, haciendo que estos recuerdos no estén disponibles para la elaboración, impide relacionarlos con las dificultades del niño. En otros casos hemos planteado la hipótesis de la existencia de una cripta en el interior del psiquismo parental, en la que se encuentran encerrados las representaciones y los afectos más dolorosos y amenazantes ligados a las vivencias traumáticas de la primera infancia. Estas vivencias, escindidas del resto del psiquismo, permanecen inaccesibles pero se muestran enormemente activas en la relación con el niño.

La noción de cripta nos remite a los trabajos de Nicolas Abraham y María Torok (1987) y a la distinción que ellos establecen entre la introyección que permite el crecimiento psíquico y la incorporación que actúa allí donde falla la introyección.

Ante una pérdida ligada a un objeto narcisísticamente indispensable (pérdida real o pérdida narcisista, real o fantasmática), ante la negación misma de esta pérdida imposible de reconocer y necesitada de permanecer oculta, la incorporación instala al objeto, en secreto, dentro de sí mismo. En algunos casos, la incorporación sucede a un duelo inconfesable relacionado con una experiencia objetual manchada de vergüenza: “el vacío de la boca, que llama en vano para llenarse de palabras introyectivas, se transforma en boca ávida de alimento anterior a la palabra: a falta de palabras intercambiadas con otro con las que poder alimentarse, la boca va a introducir fantasmáticamente la totalidad o parte de una persona, única depositaria de lo que no tiene nombre” (M. Torok y N. Abraham, 1987). Tanto el objeto como la totalidad de la experiencia

afectiva ligada a él acaban siendo engullidos y conservados dentro de una cripta, emparedados y enterrados.

Cuando debido a determinadas circunstancias la cripta corre el riesgo de derrumbarse, el yo tiende a fusionarse con el objeto incluido dentro de una identificación endocríptica que debe de continuar permaneciendo oculta.

A. Green no habla en términos de secreto vergonzoso encriptado y origen de vivencias dolorosas de la infancia sino de desinvertimiento materno y de afectividad negativa impensable en relación con un objeto idealizado.

Nosotras planteamos la hipótesis de la existencia de un proceso similar en los padres de las familias a las que nos estamos refiriendo. Estos padres han vivido unas primeras relaciones poco satisfactorias con sus propios padres, marcadas por la insatisfacción y la carencia; las representaciones emergentes varían según las familias: representación de un padre deprimido, indisponible, rechazante o controlador; representación de una madre muerta precozmente; estas representaciones se asocian a una vivencia cada vez más compleja y diferente pero siempre marcada por un sentimiento de abandono y de soledad: una boca llena de leche pero ávida de amor, de atención, de imágenes identificatorias, de palabras que den sentido.

Esta pérdida y esta carencia no pueden ser reconocidas como pérdida o carencia: hay que preservar al objeto materno o parental ideal. La incorporación interviene allí donde la introyección no lo hace. "Todas las palabras que no han podido ser dichas, todas las escenas que no han podido ser recordadas, todas las lágrimas que no han podido ser derramadas van a ser tragadas junto con el traumatismo causante de la pérdida. El duelo indecible instala dentro del sujeto un sótano secreto (M. Torok y N. Abraham, 1987).

¿Cuál es la naturaleza de estas experiencias parentales tan amenazantes para el psiquismo?

Se pueden plantear tres tipos de experiencias que no son incompatibles y se pueden superponer:

- En primer lugar todo lo referente al registro de la vergüenza y de la culpabilidad. Abraham y Torok (1987) han introducido progresivamente la noción de secreto vergonzoso en el origen de la incorporación: lo impensable son las experiencias objetales manchadas de vergüenza y de culpabilidad con un objeto que juega el papel de ideal del yo y al que hay que preservar. Los trabajos de Tisseron (1992) van en el mismo sentido.
- El segundo aspecto se refiere a lo que Kaës y Eiguer (1997) denominan afectividad negativa, desde la vertiente de la carencia. La indisponibilidad y el desinvertimiento materno están en el origen de las experiencias precoces dolorosas e impensables. (Cf. “La mère morte” de A. Green, 1980). Además, el desfallecimiento de la capacidad de *rêverie* materna ha dificultado la introyección del buen objeto continente (Cf. Christiane Desmarez) comprometiendo las propias capacidades de simbolización del sujeto.
- El tercer aspecto proviene del lado del traumatismo, de las experiencias traumáticas que no han podido ser pensadas (Cf. Mario Hario paciente H. Fainberg, en el artículo “Le télescope des générations”).

Estas vivencias parentales dolorosas y amenazantes interiorizadas como escenas que ligan afectos y representaciones, se ven reactivadas por el nacimiento o por ciertas fases del desarrollo del niño que entran en resonancia con ellas. Amenazan con invadir el psiquismo, por lo que los mecanismos de defensa se van a activar para evitar el contacto con todo aquello que no ha podido ser pensado; de forma especial la identificación proyectiva, vía regia de la transmisión de los padres hacia el niño, que va a permitir evacuar sobre el niño las representaciones indeseables.

Un paréntesis

Después del nacimiento del niño, los padres, debido al trastocamiento que representa el acceso a la nueva identidad parental, se encuentran más frágiles psíquicamente, se vuelven a confrontar con su historia infantil, con las buenas y malas imágenes de sus padres; de manera general, todo lo que de conflictivo permanece en la relación con sus propios padres internos, tanto a nivel preconscious como inconsciente, se reactiva con el nacimiento del niño.

Observamos en los padres una inflación proyectiva intensa sobre el bebé; son estos núcleos conflictivos y residuales de la neurosis infantil en especial, los que están en el origen de la proyección sobre el niño de objetos significativos de su pasado o de ellos mismos en tanto que niños. Este movimiento de identificación proyectiva de los padres sobre el niño se acompaña de un movimiento de identificación de los padres con ciertas imágenes parentales tanto a nivel consciente como inconsciente.

Cramer y Palacio-Espasa han clasificado las proyecciones de los padres sobre el niño en función de tres criterios:

- el carácter libidinal o agresivo del investimento de los objetos internos proyectados sobre el niño
- la presión ejercida sobre el niño a través de la interacción para que se identifique con lo proyectado sobre él.
- la capacidad de los padres para retomar sus propias proyecciones y relacionarlas con su propia historia.

En el extremo más patológico describen un funcionamiento parental de tipo narcisista: las identificaciones proyectivas son del tipo “evacuativas y deformantes”. No tienen en cuenta la realidad del niño y su imagen global está deformada por las proyecciones; lo proyectado son representaciones cargadas de agresividad. La presión sobre el niño para que se identifique con estas imágenes es máxima. Los padres no pueden reintroyectar lo proyectado porque se trata de aspectos escindidos e inelaborables de su propio psiquismo.

A los padres se les identifica conscientemente con imágenes parentales idealizadas, pero inconscientemente nos encontramos con una identificación con la figura parental de la cripta o de las representaciones escindidas.

Viñeta clínica

Bella es hija única y tiene 5 años cuando acude por primera vez a la consulta. Su madre ha pedido una cita porque “no se entiende para nada con su hija”. No tienen más que conflictos entre ellas.

Los padres se nos muestran abiertos y preocupados por su hija. Sin embargo, la madre dice que ella ya no puede más y que ya no es capaz de reconducir su relación con Bella. Madre e hija se pasan el día discutiendo y la tensión familiar está en su punto máximo. El padre no sabe cómo intervenir en estas “cosas de mujeres”.

Durante esta primera consulta ocurre algo muy fuerte. Bella se instala en mi mesa de dibujo y después de veinte minutos me trae un retrato de su madre. Me lo muestra y observo que a esta madre le falta una pierna. Pregunto a Bella. Me responde que sí, que a su madre le falta verdaderamente una pierna. La madre, absolutamente paralizada, mira a su hija con unos ojos enormes y me dice: “es verdad, me falta una pierna pero no tenía ni idea de que esto le supusiese ningún problema a Bella. Perdí la pierna en un accidente y ahora tengo una prótesis, pero esto ya se lo expliqué hace tiempo a Bella”.

Continuamos con un diálogo que retomaré más tarde.

Después de su estupefacción debida a esta revelación, la madre consigue rehacerse y banaliza el hecho. Yo no insisto mucho, para no atacar de forma directa las defensas de la madre pero no por ello dejo de señalarle que “si Bella nos ha enseñado esto hoy, es porque se trata de algo que le preocupa” y les propongo que entre todos hagamos un intento por comprender todo aquello. Les planteo una serie de entrevistas para explorar las tensiones familiares y tratar de entenderlas

mejor entre todos para así poder manejarlas. La familia acepta gustosamente.

Llegué a verles de forma regular durante mucho tiempo. Sin embargo, a pesar de la riqueza de las entrevistas, de una alianza óptima de trabajo y de la asociación de numerosos elementos del pasado y del presente, la situación seguía siendo explosiva y la madre hablaba a menudo de separarse de Bella y llevarla a un internado.

Con esta propuesta yo estaba con la mosca detrás de la oreja porque me parecía exagerada para la problemática planteada.

En un momento dado, abordamos el tema de la abuela paterna. Ella mantenía una relación poco clara e incestuosa con Bella. Nuestra intervención hizo que el padre interviniese con su propia madre, consiguiendo liberar a Bella de las presiones y culpabilidades a las que se sentía sometida en su relación con la abuela. Tengo la impresión de que al haber podido intervenir concretamente sobre la generación anterior sin que por ello se produjese ruptura catastrófica alguna, se pudieron redefinir los límites y diferenciar las generaciones; se trataba de una intervención diferenciadora tal como la entienden Berger y Roussillon. Pienso que fue un momento clave en el trabajo terapéutico. Creo que a partir de entonces hubo una mayor distensión y una mayor profundidad en nuestros diálogos, como si hubiesen caído determinadas defensas que hasta entonces habían pasado desapercibidas debido a la fluidez del trabajo.

A partir de entonces la transferencia comienza a desplegarse y puedo ya interpretarla. La madre me vive como una mujer ideal que tiene todas las respuestas y que “salva” a todos los niños del sufrimiento. Todo esto tiene que ver con la imagen de su propia madre, mujer fuerte que asume todo, que siempre tiene razón y que hace todo por todo el mundo. Pero también me ve como un técnico sin afectos y sin más interés que los profesionales.

Un día, después de más de dos años, la madre se presenta sola a una de las sesiones previstas para la familia.

Me revela su adopción. Nunca se lo ha contado a su hija porque no lo veía necesario pero ahora se da cuenta de que le da mucho miedo el hacerlo.

La madre es de origen sudamericano. Sufrió con 3 años un terremoto que mató a su madre, y es hija de padre desconocido. Parece que permaneció durante dos días junto a su madre muerta antes de ser rescatada y más adelante adoptada. Allí fue donde perdió la pierna. Me dice que nunca había pensado en ello y que no veía cómo podía influir todo esto en su hija. La madre le habla ahora a su hija de todo esto, y ésta, por fin, empieza a comprender cosas y reacciones maternas que hasta entonces no entendía.

A partir de entonces podemos explorar tanto la ambivalencia hacia este personaje adoptivo, la abuela, como la agresividad que siente hacia esta mujer tan segura de sí misma, que ha hecho tanto por ella en el plano material pero de la que nunca recibió afecto alguno. Se pudo hablar de la pérdida de la abuela genitora y del enorme vacío que le supuso así como del profundo sufrimiento ligado a una profunda agresividad culpabilizada. Pudo, por fin, expresar su propia agresividad contra su hija debida a su envidia porque ella sí tenía una “verdadera madre que ella no tuvo la suerte de tener” y porque no entendía y le irritaba la avidez de esta niña que tenía de todo y que todavía quería más.

Pienso que en este tratamiento, tanto el cuestionamiento de los objetos-abuela como los rodeos que tuvieron que hacer para conseguirlo fueron indispensables para llegar al núcleo de un sufrimiento negado hasta entonces. Poder reconocer a la abuela paterna como traumatizadora y permitir a los padres intervenir a este nivel, supuso a mi entender una primera etapa de este cuestionamiento. Más tarde, pudieron vivir y expresar durante las sesiones una transferencia ambivalente cuya interpretación permitió acceder a la abuela adoptiva y luego a la abuela genitora.

Todo esto ha hecho que la madre pueda darse cuenta de la manera cómo ella vive las demandas de su hija. Ante cada de-

manda de Bella ella se siente atacada porque se siente remitida a una madre que falla y es fuente de un sufrimiento hasta ahora negado. Tal vez se siente asimismo remitida a la rabia impotente y a la angustia de aquella niña pequeña que tuvo que permanecer durante dos días junto a su madre muerta. Por otra parte, pienso que hay otro movimiento identificatorio con la madre muerta: el de la impotencia para responder a las demandas de su hija y el de la paralización ante ella. La evolución confirmó esta hipótesis. Recientemente Bella se ha mareado al salir del baño. Su madre ha pensado inmediatamente que estaba muerta. Lo primero que le ha venido a la cabeza, antes de reaccionar y ayudarla, ha sido tumbarse junto a la niña y permanecer sola con ella y con su desesperación. Mientras me cuenta lo ocurrido, me dice: “sin lugar a dudas, igual que como me quedé junto a mi madre muerta cuando yo era pequeña”. Asocia con el pensamiento de “haber tenido dos madres pero ninguna mamá”. Bella no está presente durante esta entrevista pero la madre se vuelve hacia donde suele sentarse habitualmente y me dice: “en mi tumba me gustaría poner este epitafio: “Bella, te quiero”. Quiero que sepa que más allá de la muerte, yo la seguiré queriendo”. Después me dice que tal vez no sea verdad que no ha tenido ninguna mamá, porque si ahora tiene la fuerza que tiene es porque seguramente la recibió durante sus primeros años, aunque ella no los recuerda. Su primer recuerdo, que se produce precisamente durante la terapia, tiene que ver con el enorme frío que le invadió durante los dos días que pasó bajo los escombros, sobre todo si tenemos en cuenta que sangraba de la herida que tenía en su pierna. Se ha dado cuenta que es el mismo frío el que le invade cuando tiene emociones intensas.

LA ENTREVISTA FAMILIAR COMO ESCENA DEL PSICODRAMA

Lo que sucede durante estas entrevistas familiares nos ha hecho pensar asimismo en un “efecto psicodrama”. El psico-

drama provoca un efecto de sorpresa. En el psicodrama uno se sorprende de lo que ha dicho o ha sentido sin saber que esos afectos estaban ahí, en el interior de uno mismo. Estas vivencias pueden hacer caer a veces defensas muy consolidadas. Estoy pensando en el caso de Bella durante la primera consulta, cuando Bella viene a enseñarme el dibujo de la “mamá a la que le falta una pierna”. Este momento que empieza con el dibujo que me enseña provoca una avalancha de reacciones en sus padres, en ella y en mí. Pienso que la puesta en escena de Bella es como una auténtica puesta en escena psicodramática del afecto provocado por la pérdida de la pierna de la madre. Es decir:

M: “Nunca me habías hablado de esto”. Se vuelve hacia mí. “Bella nunca me ha hablado de esto”. Se vuelve hacia su marido. “Y a ti, ¿te ha hablado alguna vez?”.

P: “No, nunca me ha dicho nada”.

B: “Sí, papá, te pregunté a ver porqué habías elegido una mujer con una sola pierna y tú me dijiste que porque era más divertido!”.

P: Incómodo. Se vuelve hacia la madre. “Ya sabes que es mi forma de hacer gracia”.

M: “De cualquier manera, me lo tenías que haber dicho”. Se vuelve hacia mí. “No pensaba que esto le pudiese preocupar a Bella, yo ya se lo había comentado cuando era muy pequeña”.

Yo: “parece que Bella, trayéndonos esto de repente a la consulta nos muestra que está verdaderamente preocupada y que se hace preguntas sobre esta pierna que falta y de la que no se atreve a hablar a su mamá”.

En 1993, en un artículo de la revista belga, A. Watillon evoca a propósito de las terapias de la relación precoz esta auténtica puesta en escena psicodramática del niño en las consultas. N. Minazio, en su artículo del boletín “El espacio psíquico y el espacio del psicodrama” habla del psicodrama que, a tra-

vés del “como si”, pone en escena los objetos del teatro interno. Al reflexionar sobre las entrevistas familiares, nos dimos cuenta que muy a menudo el niño pone en escena, en el aquí y ahora de la sesión, gracias a la función de apoyo o de segundo plano del terapeuta, aspectos de sus conflictos intrapsíquicos que sus padres parecen ignorar totalmente. Evidentemente, sólo el trabajo a posteriori va a poder poner en evidencia, e incluso a veces mucho más tarde, los mecanismos de negación o de escisión o de contrainvestimento de la temática de la escenificación.

Es como si el propio niño introdujese en la sesión este aspecto de lo transicional tal como lo entiende Joyce Mac Dougall, es decir, como escena transicional o lugar donde se acoge lo que el niño aporta, poniendo en evidencia sus vínculos con sus objetos internos. Esto vale para cualquier psicoterapia con niños, pero en el marco de las entrevistas familiares el resto de los psiquismos presentes recogen (o no) la propuesta del niño. Las asociaciones posteriores a las respuestas de los padres y del psicoterapeuta hacen que el psiquismo grupal pueda elaborar y transformar el afecto. En esta misma línea, la elección de Berger del término de campo transicional se articula muy bien con la observación clínica: área entre la realidad interna y externa que permite un espacio de trabajo que si la patología y el tiempo lo permiten, puede abrir este espacio psíquico al que se refiere N. Minazio. Está claro que no hay que confundir una entrevista familiar con una sesión de psicodrama y que éste no es ni el objetivo ni el encuadre. Pero aunque como psicoanalistas estas puestas en escena nos sorprendan, aquí no se trata de aplicar una técnica determinada sino de estar a la escucha de este tipo de manifestaciones e intentar traducirlas en palabras para que el psiquismo familiar pueda simbolizar y acceder al “como si” y a la transferencia, tal como lo redefinía J. Harpman en un artículo de la revista belga de 1984. Con todo esto, a veces, se logra ese efecto “mágico” del que habla A. Watillo pero lo más normal suele ser un trabajo a largo plazo, tal como lo hemos podido constatar en el caso de Bella.

O. Avron, en su último libro sobre el pensamiento escénico plantea la hipótesis de la existencia de una interacción inmediata de tipo energético dentro de un grupo. Habría una sensibilidad específica hacia las polaridades energéticas activas y receptoras de los individuos del grupo. A una acción estimuladora respondería una acción receptiva. Esta respuesta invertida constituiría el primer intento por poner en relación lo aportado por el individuo dentro del grupo (juego, relato, psicodrama...). *“El ser humano participa de forma instantánea en la organización rítmica del intercambio aun cuando no sepa reconocer su participación. Se trata de la base misma del contacto inter-psíquico”*. La autora postula una pulsión de interrelación psíquica que responde a una necesidad estructural de apertura y de transformación de los psiquismos, unos en relación con otros. Esta idea me interesó mucho porque pienso que ayuda a comprender el material aportado por la niña no sólo como una puesta en escena sino como una auténtica provocación para la búsqueda de una ligazón. Hay muchos autores que señalan hasta qué punto comprende el niño de entrada lo que viene a hacer donde nosotros y hasta qué punto puede ser grande su confianza hacia nosotros. Yo creo que la hipótesis de O. Avron puede explicar en parte este fenómeno.

Viñeta clínica: Arnaud, Martín y Lisa

Se trata de una familia con tres niños: Martín y Arnaud, gemelos, tienen 2 años y 7 meses, y Lisa 19 meses. Los Sres. F. me consultan por problemas de comportamiento de los gemelos; no tienen ningún límite, no obedecen a nada y a la mínima frustración reaccionan con una cólera terrible. Los padres reconocen su incapacidad para ejercer la autoridad y para entrar en conflicto con los niños. Los niños no hablan nada y no controlan los esfínteres ni de día ni de noche. Rápidamente aparece que se trata de niños psicóticos con mecanismos de defensa autistas severos. No presentan ningún juego simbólico. No tienen miedo a nada, de lo que los padres se

muestran orgullosísimos, y sobre todo no manifiestan ningún tipo de angustia de separación. La Sra. F. se siente muy contenta por ello porque, según ella, demuestra su grado de independencia y de fuerza.

La historia de los gemelos es muy seria: después de nacer pasaron cierto tiempo en el centro neonatal. Martín permaneció en él 2 meses. La Sra. F. cuando se le pregunta por lo que pasó durante ese período, no expresa ninguna angustia ni sufrimiento por esta separación. No fue más que dos veces a ver a los gemelos al centro neonatal. Estaban muy bien atendidos y no necesitaban de ella. Los describe como bebés muy formales pero siempre enfermos. Desarrollaron un insomnio primario grave resuelto con un método comportamental. Después de esta primera consulta, lo que más destaca en esta madre es la negación de las necesidades más básicas de los bebés, y sobre todo, la negación de todo lo relacionado con la dependencia con respecto a su madre, así como su enorme dificultad para empatizar con su sufrimiento psíquico. Durante las entrevistas posteriores invito a un colega psicólogo a que se sume a las mismas. Vemos más tarde a Lisa y también ella nos preocupa mucho ya que presenta el mismo cuadro de repliegue autista y de ausencia de lenguaje que sus hermanos. Poco a poco los padres nos van relatando su historia. La Sra. F nos dice que se acuerda muy poco de su infancia, y aunque nos habla de unos padres ausentes y poco disponibles, centrados exclusivamente en su trabajo, y de una larga lista de babysitters, nos dice que tuvo una infancia dichosa y sin problemas. Los padres se separaron cuando ella tenía 7 años, y desde entonces ve muy poco a su padre. Cuando le invito a hablar de sus relaciones con su madre, dice que se lleva muy bien con ella y que no tiene ningún problema. Durante mucho tiempo no vamos a poder avanzar en este terreno. El Sr. F. habla con más detalle de su historia. No conoció a su padre, un hombre casado. Tiene un hermano 3 años mayor que él y describe a una madre abusadora, intrusiva y controladora. "Hizo un Edipo a la inversa". Él nunca se rebeló pero se marchó a Bélgica para poder escapar de ella.

Además ella nunca aceptó ni a su mujer ni a sus hijos. Últimamente tuvo un intento de suicidio a raíz de una discusión telefónica con él. Todo esto lo cuenta riéndose y negando cualquier sentimiento de culpa. Durante esta segunda consulta nos llama muchísimo la atención la fuerza de los mecanismos de negación y de escisión. El Sr. F. tiene amputada gran parte de sus vivencias afectivas con las que no puede entrar en contacto: su vinculación edípica con su madre y una culpabilidad muy activa así como su sufrimiento ligado a la ausencia de un padre de quien no sabe nada.

La Sra. F. es incapaz de reencontrar el recuerdo de aquella niña depresiva, angustiada y abandonada por unos padres no disponibles.

Nuestra intervención fue la siguiente: la Sra. F. prefirió pensar que sus hijos estaban bien en el hospital porque de pensar que necesitaban de ella hubiese sufrido muchísimo, y además tenía un enorme deseo de tener unos hijos autónomos e independientes. Los dos padres sufrieron sin lugar a dudas de su dependencia durante su infancia, la madre con respecto a unos padres no disponibles y el padre con respecto a una madre demasiado intrusiva. Ambos parecen aceptar esta intervención pero no pueden integrarla abiertamente y a lo largo de las entrevistas posteriores es como si nada se hubiese comentado al respecto.

En la 3.^a entrevista, la Sra. F. nos describe algo que consideramos como una verdadera puesta en escena del fantasma que organiza sus relaciones con sus hijos: se queja de la tiranía que sufre, tiene el sentimiento de que es utilizada, explotada como un objeto. Por tener paz, se refugia en la cocina y pone una barrera entre ella y los niños encerrados en el salón. Habla de auténticas fieras ávidas que lanzan los biberones por encima de la barrera y chillan hasta que ella los llena. Vemos cómo empieza a sobresalir el fantasma de unos niños ávidos y voraces que la van a devorar literalmente por lo que se ve obligada a mantenerlos a distancia. Merece la pena señalar la angustia y el asco con el que esta madre des-

cribe el apetito de Lisa cuando come “carne cruda y toda una pechuga de pollo”.

Les vemos en terapia familiar cada 15 días. La terapia se centra durante mucho tiempo en el aquí y ahora de las sesiones y sobre todo en la observación de los niños que cada vez más nos solicitan con juegos más simbólicos. Los niños van a salir rápidamente de la psicosis y van a evolucionar favorablemente. Hay varios temas que vuelven de forma recurrente. Nos sorprendemos muy a menudo del desconcierto y estupefacción de la madre cuando sus hijos manifiestan algún tipo de sufrimiento psíquico (miedo, angustia). Es incapaz de ayudarles y les deja solos en medio de su enorme desesperación. Las demandas afectivas de sus hijos parecen revestirse de un carácter persecutorio. De Lisa, que no para de solicitar su atención y manifiesta angustias de separación, dice que “es pegajosa: cuanto más le das más pide”. El Sr. F. está cada vez más ausente psíquicamente durante las sesiones. Se duerme regularmente pero dice que en casa le pasa lo mismo. Es incapaz de asumir el papel de tercero, de oponerse a su mujer y de entrar en conflicto con ella. Es ella la que asume totalmente la marcha de la casa. Otro aspecto que trabajamos es el de la indiferenciación de los niños que no pueden tener ninguna posesión para evitar los conflictos de rivalidad.

Sólo después de un año de tratamiento es capaz la Sra. F. de abordar las angustias que la invaden y que se suelen traducir en rituales obsesivos (angustia de que el gas esté encendido, angustia de que haya juguetes en la cama de los niños que les puedan asfixiar...). En un año y medio de terapia, hay dos sesiones especialmente importantes. Cada uno de los padres ha solido venir solo con Lisa. El Sr. F. es capaz de hablar por primera vez de sus dificultades para hacer frente a los conflictos y oponerse a su mujer que quiere traer un cuarto niño. Comienza a relacionar vagamente a su padre ausente con su dificultad para estar presente psíquicamente. Está más despierto y nos habla de su pasión por una actividad artística así como de la herida que le supone su fracaso profesional actual en Bruselas. Du-

rante esta sesión, Lisa me pide por primera vez jugar con el balón y después con muñecas-bebés en un juego más simbólico. En la siguiente sesión, la Sra. F, a raíz de una vivencia transfe-rencial, es capaz de hablar por primera vez de la dependencia que siente con respecto a su madre: la llama todos los días por teléfono y la madre no para de darle consejos que le producen tanta más rabia cuanto más necesita de ellos y encima es ella misma quien se los pide. Lisa, en una secuencia interactiva, expresa de forma muy ambivalente su deseo de permanecer en los brazos de su madre y a la vez de bajar. Nos permitimos hacer por primera vez una interpretación de la ambivalencia en espejo de la propia madre ante los acercamientos de Lisa. Intentamos poner en relación, por una parte, lo insoportable que le resulta depender tanto de su propia madre como de los terapeutas, y por otra, su angustia frente a una niña que puede devorarla cruda, sobre todo por lo difícil que le resulta poner límites y porque quisiera dar todo lo que ella no ha recibido de unos padres muy poco disponibles. A partir de aquí, los niños evolucionan mejor pero la puerta ocasionalmente abierta a las representaciones más inconscientes vuelve a cerrarse y las sesiones comienzan a espaciarse de forma muy significativa aunque sin finalizar del todo. Más tarde y con ocasión de un episodio depresivo, la madre puede por fin hablarnos de su sufrimiento relacionado con su avidez y posesividad.

DISCUSIÓN SOBRE EL PROCESO

1. El tiempo de construcción

Durante las primeras entrevistas, el material desplegado parece rico en hipótesis y promete un proceso elaborativo conjunto entre la familia y el terapeuta. Pero más tarde, se observa un reforzamiento de los mecanismos defensivos. Parece como si la fuente del material psíquico se hubiese agotado, todo acceso a las representaciones inconscientes cerrado y las ligazones deshecho. Durante mucho tiempo el terapeuta tiene

la impresión de que no ocurre nada. ¿Cómo comprender este contraste entre la impresión movilizadora del comienzo y esta evolución posterior que parece estancarse y que suscita sentimientos de desvalorización e impotencia en el terapeuta?

Durante las primeras entrevistas, la técnica activa del terapeuta que le lleva a preguntar por la historia familiar y transgeneracional provoca un efecto sorpresa en los padres y el niño. Esta brecha abierta en el funcionamiento defensivo de la familia permite la emergencia de elementos inconscientes en forma de fantasmas, de relatos, de recuerdos o de puesta en escena psicodramática del niño. La convergencia de todos estos fenómenos conlleva una cierta cristalización del conflicto familiar (Berger 1988) inconsciente que alimenta el pensamiento del terapeuta y le permite intervenir e interpretar. Una vez pasado el efecto sorpresa, se vuelven a movilizar las defensas familiares e individuales y el terapeuta tiene el sentimiento de chocar una y otra vez contra algo impenetrable. Mirando hacia atrás, es como si detrás de este inmovilismo aparente y más allá del propio contenido se estuviese haciendo un trabajo de construcción más subterráneo a diferentes niveles. En efecto, pudimos constatar extrañados que en todos los casos el niño evolucionaba favorablemente; incluso en algunos observamos una verdadera recuperación evolutiva, como en el caso de Bella, Martin, Arnaud y Lisa. En otros, desaparecía la sintomatología más florida y parecía producirse un cierto reajuste relacional que permitía al niño librarse en parte del peso del conflicto parental, pero sin llegar a tener la impresión de producirse un verdadero reajuste psíquico.

¿En qué consistían estos diferentes niveles de construcción?

1 A. El trabajo a nivel del encuadre

El encuadre como continente

Uno de los soportes del trabajo terapéutico de este período consiste en la creación de un encuadre continente a base

de pequeños retoques, gracias a la preocupación materna primaria del terapeuta por el niño y los padres y a la fiabilidad y perennidad del dispositivo terapéutico. Precisamente aquello de lo que han carecido ambos padres en su infancia. Este encuadre va a poder ser introyectado de forma progresiva por parte de la familia.

Hay dos elementos de este encuadre que nos parecen especialmente importantes:

1. la capacidad del terapeuta para acoger en él, a menudo sin darse cuenta, gracias al mecanismo de la identificación proyectiva, las vivencias más arcaicas de los padres tales como la desesperanza, la parálisis, la incapacidad para pensar, el sentimiento de impotencia..., y su capacidad para metabolizarlas poco a poco, transformarlas y devolverlas de forma aceptable.
2. la capacidad del terapeuta para pensar sobre el niño delante de los padres. Es la introyección por parte de los padres, a menudo sin que se de cuenta el propio terapeuta, de esta misma disponibilidad la que explica probablemente, al menos en parte, la mejoría del niño. Este aspecto del tratamiento resultó muy importante para la familia F.

En las familias neuróticas, en las que la capacidad empática para con el niño parece ya adquirida, las cosas ocurren de otra manera, ya que son las intervenciones sobre los contenidos las que resultan más movilizadoras.

El encuadre como tercero

Aun cuando los aspectos maternos del encuadre sean importantes, los aspectos impuestos, tales como los horarios fijos, el tiempo limitado de las sesiones, la cadencia de las mismas, etc., nos aportan una dimensión estructurante fundamental. La capacidad del terapeuta para ir poniendo límites va siendo introyectada poco a poco por parte de los padres sin ninguna connotación de violencia, destrucción o pérdida de

amor. La familia puede empezar ya a vivirse a sí misma de otra manera, y no necesariamente rompiendo sus propios límites y el de los demás y sacrificándose a sí misma. Las vivencias de la familia frente a los límites del encuadre y del terapeuta dejan abierto el camino para poder abordar el trabajo transferencial sobre la dialéctica de la dependencia. Es uno de los aspectos que hace que la familia pueda ir desarrollando sus propios recursos durante el intervalo de las sesiones.

1 B. *El juego de las identificaciones*

N. Minazio (1998), al referirse a uno de los aspectos del trabajo psicoterapéutico, habla a menudo de un viaje identificatorio. Creemos que es gracias a un juego inconsciente muy complejo como las identificaciones con los aspectos parentales del terapeuta van instaurándose poco a poco, trozo a trozo, como si de un puzzle se tratara. Hace falta mucho tiempo para que las imágenes parentales menos escindidas puedan ir consolidándose. El juego identificatorio del terapeuta con el niño y los padres se cruza con el de los padres y el niño.

1 C. *El trabajo a nivel de la ambivalencia*

M. Berger (1986) escribe: “No se puede hacer el duelo de un objeto totalmente malo o totalmente bueno. Solo se puede hacer el duelo de un objeto que ha sido suficientemente bueno pero al mismo tiempo suficientemente frustrante como para permitir que la libido pueda dirigirse hacia otros objetos”. Este trabajo sobre la ambivalencia de los padres con sus propios objetos parentales nos parece fundamental a la hora de trabajar con estas familias. La renuncia a estos objetos internos escindidos, idealizados u odiados, solo es posible gracias a la experimentación afectiva de una vivencia transferencial ambivalente, que puede llegar incluso al paso al acto con el terapeuta.

1 D. *El trabajo grupal*

El dispositivo familiar, concebido como un dispositivo grupal particular, permite igualmente el establecimiento de un encuadre contenedor y posibilitador a su vez de un trabajo más indirecto sobre el contenido de la cripta, imposible de realizar en un abordaje individual (Rouchy, 1999). El juego de las interacciones, el espacio grupal, la observación directa de los procesos proyectivos e identificatorios, la transferencia familiar y el juego de las transferencias individuales empujan con mayor intensidad hacia la emergencia de los mecanismos primarios. Además, este dispositivo hace que el material aportado por el niño sirva de instrumento sobre el que poder apoyarse las asociaciones de los padres.

2. Retorno de lo escindido - apertura de la cripta

Con el acceso a la parentalidad y el trastocamiento psíquico que conlleva, se corre el riesgo de abrir una brecha en una cripta cuidadosamente cerrada hasta entonces. Así, coincidiendo con algunos momentos de la evolución del niño, las vivencias infantiles emparedadas de los padres corren el riesgo de invadir su yo. Nos hemos preguntado a menudo sobre la naturaleza de estas “vivencias” así como sobre el contenido de la “cripta” y todo esto nos resulta muy complejo. Como hipótesis, creemos que la cripta parece albergar afectos infantiles ligados o no a representaciones que ponen en escena a un niño y una figura parental. Además, generalmente, no resulta fácil definirse sobre el carácter real o fantasmático de estas escenas de la infancia de los padres. Pensamos que frente a la amenaza de irrupción de estas vivencias dolorosas en la conciencia, los padres van poniendo en juego una identificación inconsciente con la imago parental de la cripta y que inmediatamente después se movilizan los mecanismos de defensa para poder luchar contra el surgimiento de fantasmas hasta conseguir velar y ocultar el cuadro. Estos mecanismos pertenecen al registro de la proyección, la idealización, la formación

reactiva, la negación, la renegación, pero sobre todo de la identificación proyectiva sobre el niño evidentemente. Creemos que esta identificación inconsciente con una imagen parental que destruye, falla o falta, es central pero al mismo tiempo es la más inaccesible y difícil de interpretar.

Pensamos que para poder acceder a ella y para que los padres puedan volver a contactar con sus vivencia infantiles y tomar conciencia de esta identificación inconsciente, hace falta muchísimo tiempo. Solo gracias al trabajo terapéutico previo van a poder abrir los padres, el niño y el terapeuta un camino consciente e inconsciente que al final les conduzca a poder colocar “todas la piezas del tablero y dar jaque mate” (Berger, 1998). Es entonces cuando emerge un punto transferencial que hace que se pueda intervenir sobre la identificación inconsciente con un elemento parental de la cripta aun cuando ésta no pueda ser directamente interpretada como tal. Generalmente, estas intervenciones versan sobre el sufrimiento infantil de los padres o sobre la necesidad casi vital de vivir contrainvisitando el elemento parental internalizado. S. Fraiberg (1989) piensa asimismo que la clave de los fantasmas de la habitación de los niños se encuentra en los afectos de la infancia. Según ella, mientras que la represión o la escisión de los afectos abonan el terreno para la identificación (o su corolario: la contraidentificación) con el agresor, solo el acceso a este dolor puede servir de instrumento profundo de disuasión contra la repetición cuando uno se convierte en padre.

Tendemos a pensar que la noción de Ciccone (1997) de intrusión imagóica es totalmente aplicable a este tipo de familias, pero creemos que además del objeto psíquico parental proyectado sobre el niño por identificación proyectiva mutua, también los afectos ligados al objeto son proyectados de forma simultánea. Aunque en una primera fase del trabajo terapéutico consiga el niño librarse de algunas de estas proyecciones, que es lo que suele ocurrir en las terapias breves, hay que seguir profundizando en el tratamiento de estas familias en

cuyo seno la transmisión ha sido traumática y/o está encriptada si se quiere conseguir que puedan revivir y elaborar, a lo largo de la psicoterapia, los afectos ligados al objeto.

CONCLUSIONES

A la vista de todas estas reflexiones, seguimos preguntándonos sobre cómo atender terapéuticamente a estas familias para las que cualquier indicación de psicoterapia psicoanalítica individual del niño está abocada al fracaso, que no encajan dentro del encuadre de las psicoterapias familiares breves y además necesitan de un trabajo analítico a largo plazo.

Con estas familias, la alianza terapéutica, o mejor, el enganche terapéutico es muy intenso desde el comienzo del tratamiento. Invisten la psicoterapia como una imagen parental que oscila entre una posición materna y una posición paterna. El psicoterapeuta por su parte invierte al grupo familiar pero también a cada uno de sus miembros individualmente en relación con cada uno de los demás.

Es muy posible que sea todo este juego de investimentos mutuos el que consigue crear un continente que permite relacionar el pasado con el presente y desarrollar un espacio transicional gracias al cual poder así realizar un trabajo analítico a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, N. ET TOROK, M.: (1987), "Deuil ou mélancolie Introjecter-incorporer", L'écorce et le noyau, pp. 259-275 dans Edition Pshilosophie Flammarion, Paris.
- BERGER, M.: (1986), "Entretiens familiaux et champ transitionnel", Le fil rouge, PUF, Paris.
- BERGER, M.: (1987), "Pratique des entretiens familiaux" Le fil rouge, PUF, Paris.
- BERGER, M.: (1998), Table ronde clinique ou Gercpea à Luxembourg sur les "Cliniques du liens", Paris.
- CICCONE, A.: (1997), "Empiètement imagoïque et fantasme de transmission", pp. 151-185. In "Le générationnel", Edition Dunod, Paris.
- CRAMER, B., PALACIO-ESPASA, F.: (1993), "La pratique des psychothérapies mères-bébés", Etudes cliniques et techniques, Le fil rouge, PUF, Paris.
- FAIMBERG, H.: (1993), "A l'écoute du télescopage des générations: pertinence psychanalytique du concept" pp. 113-125 dans Transmission de la vie psychique entre générations, Edition Dunod, Paris.
- FRAIBERG, S.: (1989), "Fantômes dans la chambre d'enfants", Edition PUF (1999), Le fils rouge, Paris.
- GIRARDON-PETITCOLIN, M.: (1996), "A l'écoute des voies de la transmission transgénérationnelle", dans 'Cahiers de psychologie clinique n.º 7, pp. 83-94, Edition de Boeck Université, Bruxelles.
- GREEN, A.: (1980), "La mère morte", pp. 222-253 in "Narcissisme de vie, Narcissisme de mort" (1983), Les éditions de minuit, Paris.
- MINAZIO, N.: (1998), Table ronde clinique ou Gercpea à Luxembourg sur les "Cliniques du lien".
- PALACIO-ESPASA, F.: (1998), "Les psychothérapies parents -enfant", in Journal de la psychanalyse de l'enfant n.º 22, Edition Bayard, Paris.
- ROUCHY, JC.: (1999), "Fantôme en héritage. Du morcellement au lien", Conférence EFPP 28/30 mai 99, Barcelone.
- TISSERON, S.: (1992), "La honte", Psychanalyse d'un lien social, Edition Dunod, Paris.
- WATILLON-NAVEAU, A.: (1996), "Essai d'élaboration théorique des thérapies conjointes: magie ou psychanalyse?", pp. 51-66, Revue de Psychanalyse n.º 28, Bruxelles.