

CONTENCION Y COMPRENSION EN INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS BREVES*

Leticia Escario**

Introducción

Cuando revisamos nuestro trabajo psicoterapéutico en seminarios, supervisiones, sesiones clínicas, etc., constantemente utilizamos los términos COMPRENSION Y CONTENCIÓN para sintetizar, bien el objetivo terapéutico, bien el trabajo que estamos llevando a cabo. Pero el uso continuado de un término, como recurso restrictivo y económico hace que este pierda significado, quede insípido y acabe utilizándose “un poco para todo” y sin el sentido original que tiene. Esta preocupación nos ha movido a tratar de repensar sobre el significado psicológico de estos términos y de su utilización clínica.

En el lenguaje común, CONTENCIÓN significa: “La acción de contener o moderar los propios impulsos, instintos, pasiones, etc. CONTENER sería tener una cosa en si misma o en su interior, y curiosamente COMPRENDER se define como abarcar, incluir. “tener una cosa dentro de sí y formando parte de

* Ponencia presentada el día 3 de octubre de 1992 dentro del VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), celebrado los días 2, 3 y 4 de octubre de 1992 en Barcelona.

** Psicóloga Psicoanalista Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Cruz Roja. Barcelona.

ella a otra". **COMPRESION** entre otras acepciones, se refiere a la actitud tenida hacia los actos comportamientos o sentimientos de los otros.

Creo que queda claro, que ambas funciones y acciones son inseparables y desde la perspectiva psicológica aluden a un mismo objetivo: que es la organización de un espacio que facilite la elaboración, el desarrollo de las capacidades mentales, impulsos, instintos o pasiones, como vulgarmente se dice para contrastarlos con la realidad y ponerlos en acción de una forma saludable.

De hecho estas definiciones se ajustan a lo que han descrito autores como Balint, Bion, Winnicott entre otros y que son los que han dado la dimensión psicológica que utilizamos en nuestro trabajo.

No pretendemos, por supuesto descubrir nada nuevo, a pesar que hoy aquí queremos hablar de progresos en psicoterapia. Sin embargo al poder utilizar herramientas teórico-técnicas que parecían reservadas al psicoanálisis más ortodoxo, utilizarlas adecuadamente en el marco de las asistencia primaria estamos ya hablando de un progreso. Yo creo que afortunadamente ha pasado el tiempo en que la sanidad pública estaba "mal vista" la llamada línea dinámica. Pienso que los que hemos luchado por ver incluida en la red asistencial de la salud pública a la Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil hemos luchado también por adecuar nuestra teórica y técnica al marco real en el que estamos incluidos.

Por eso hemos querido hacer hincapié en que **CONTENCION Y COMPRESION** son elementos básicos, tanto en la tarea asistencial que se refiere a la orientación diagnóstica, como a la psicoterapéutica propiamente dicha.

El principio básico de esta tarea es como todos bien sabemos poder percibir y empatizar con el sufrimiento, conflicto y ansiedades del paciente, en nuestro caso el niño y su familia

(padres), tenerlas dentro o contenerlas con nuestras capacidades mentales, formación teórica y práctica, para en un segundo tiempo devolver al paciente (niño o niños y padres) algo suficientemente elaborado o mentalizado que permita a su vez la contención de este conflicto, sufrimiento, ansiedad, etc. en su propio espacio mental, ajustarlo a su realidad y facilitar el progreso y desarrollo de su salud psíquica.

Cuando nos referimos al binomio CONTENCIÓN-COMPRENSIÓN nos referimos tanto a fenómenos internos como también a realidades externas en las que intervienen elementos psicológicos biológicos y sociales que deberán ser contemplados a la hora de la indicación y práctica de la intervención psicoterapéutica.

No quisiera alargarme demasiado en cosas conocidas por todos, por lo que vamos a presentar algunos fragmentos de un caso clínico como decía al principio.

Presentación del caso: Marcel - 10 años

Motivo de consulta y diagnóstico

Se trata de un niño de 10 años que tiene una hermana de 6 años y un hermano de 3 años. Vienen derivados de una escuela especial, flexible, grupos reducidos de niños con dificultades evolutivas.

Los padres lo describen como un niño que ya de pequeño no jugaba, solo molestaba a los hermanos y presentaba una serie de miedos, destacando el miedo al agua de la piscina, a ir al lavabo y a ir de vientre, entre otras.

Se le veía, y aún ahora, obsesionado y reiterativo en diversas cuestiones como por ejemplo: su altura, muy preocupado por si lo alcanzaba la hermana, cuatro años más pequeña que él.

En momentos de excitación y a modo de descarga, presenta movimientos estereotipados con los brazos y las manos,

moviendo las muñecas en un movimiento circular. Esto le suele pasar ante ciertas situaciones, como la de la visión de algún niño pequeño, o cuando ve que la madre atiende a los hermanos.

Frecuentemente hace manifestaciones afectivas exageradas, besuqueo en exceso a la madre hasta hacerse rechazar por ella.

Desde los inicios destaca la apatía en la lactancia, la pasividad, retraso psicomotriz y retraso en el control de esfínteres.

En la guardería les llamaron la atención, porque tenía conductas extrañas muy regresivas y agresivas, como esconderse y quedarse debajo la mesa o meter los dedos en los ojos de los niños.

A los 5 años 4 meses, estuvo ingresado una semana por meningitis, que no dejó secuelas. En el mismo centro hospitalario, también registran el retraso evolutivo la hiperquinesia y los trastornos de personalidad.

Ya desde el inicio de la consulta se le ve como un niño indiferenciado que presenta conductas invasivas, con un aspecto extraños y facies pseudo-adultas.

Los padres muestran poca capacidad de contención, los niños los sobrepasan, tienden a desbordarse con facilidad, buscando entonces soluciones de urgencia con cambios precipitados de escuela, otras consultas médicas, o intervenciones violentas para conseguir la modificación de la conducta del niño.

En la exploración del niño se confirma que presenta un retraso psico-afectivo de 4 ó 5 años. Funcionamiento psicótico de la personalidad en el que predominan las ansiedades persecutorias y confusionales de las que se defiende con conductas de control del objeto, así como de evitación. Presenta fallos en el proceso de simbolización que en ocasiones, está a nivel de ecuación simbólica.

A pesar de estas dificultades tan importantes, vemos que hay un cierto contacto con el sufrimiento interno.

Vemos como a través de sus conductas excitadas ante la visión de niños pequeños, sobre todo cuando se les atiende, y también en las manifestaciones afectivas exageradas, muestra la necesidad de atención, comprensión y contención de su situación interna de extrema fragilidad emocional. El niño no puede reconocer en sí mismo las atenciones que observa a los demás.

Las primeras intervenciones terapéuticas han tenido tres objetivos:

- 1) El trabajo con los padres, para ayudarlos a entender el significado emocional de las conductas del niño, y así encontrar formas de contención más elaborativas que las actuales, tratando de acercarlos al niño de forma más afectiva para que puedan ver aspectos positivos y alentadores en la relación con él.
- 2) Contacto con la escuela donde se plantea estimular al máximo la integración del niño al grupo.
- 3) Dos ó tres entrevistas con el niño para ver las posibilidades de atenderlo dentro de las condiciones de un servicio público hospitalario.

La finalidad del tratamiento, en este caso, es la de promover el desarrollo de la capacidad de simbolización que permita la modificación de la calidad de las ansiedades y un mejor contacto con la realidad externa, así como una mejor organización del pensamiento.

Tratamiento

A razón de una sesión por semana durante un año.

En la primera sesión la terapeuta le saluda, se presenta y se interesa por su situación, la respuesta es: "Es que tengo

miedo"... Después y a medida que la terapeuta sigue interesándose comunica una serie de cosas que resaltamos por su expresividad. "Tengo dos hermanos. Me tenían a mi y ni rastro de ninguno más"... "Necesito luz, la oscuridad me da mucho miedo, no puedo vivir a oscuras"... "Una niña del parvulario le salía sangre por un sitio y un monstruo rojo la ponía en una sartén de sangre, la estaba quemando, "... "Si estoy a oscuras, cuando tenía siete años y medio, veía toros por la habitación y un cerdo blanco, y una mano gigante que venía"... "No dormía, tenía mucho miedo, pensaba que lo vería en real"... "a veces pienso cosas, me imagino"... "Tengo angustia, estaba en la piscina encogido porque pensaba que había un monstruo en lo hondo, me lo imagino y me lo creo. Mi abuela, que tiene 82 años y medio, dice que no tenga miedo, que esto es mentira. Me mimas más que a todos. Tu eres el más guapo".

Esta parte del inicio del tratamiento es una carta de presentación del niño, comunica.

1. La existencia de conflicto interno: Predomina la ansiedad persecutoria, el miedo psicótico y la confusión ("fantasías de una niña en el parvulario", "los toros en el cuarto y un cerdo blanco y una mano gigante", "piscina...") y la rivalidad destructiva (envidia - celos) ("tengo dos hermanos, me tenían a mi y ni rastro de ninguno más", "la abuela me mimas más que a todos", "tu eres el más guapo").
2. La solicitud de ayuda y la gravedad de la situación: necesita muchos cuidados (la abuela me mimas más que a nadie..) mucha ayuda (necesito claridad la oscuridad me da miedo, no puedo vivir en la oscuridad). Al mismo tiempo tiene una cierta conciencia de que el problema viene de lejos (parvulario, cuando tenía siete años y medio...)
3. Sus capacidades: Es expresivo y comunicativo. Se mueve entre la confusión y un cierto contacto con la

realidad interna (Pensaba que lo veía en lo real”, me lo imagino y me lo creo”, a veces pienso cosas, me imagino”).

Elementos de contención

Junto con este niño que de alguna manera tiene conciencia de enfermedad, de sufrimiento y necesidad de ser ayudado, está el hipercinético indiferenciado y psicótico que utiliza la acción, la descarga motriz como medio de comunicación, lo cual nos lleva a centrar el trabajo terapéutico en unos elementos de contención externa, acompañándolos dentro de lo posible del equivalente en el aparato mental.

Hemos elegido tres situaciones para ejemplificar el trabajo terapéutico en marcha, que hemos titulado, para poder dar una visión lo más clara y gráfica posible del objetivo y focalización del tratamiento en los que la terapeuta asume las funciones ausentes en el niño.

1. La micción

En las primeras sesiones nada más entrar en el cuarto de trabajo, el niño quiere salir a hacer pipí.

P: “Voy a hacer pipí”.

T: “No te puedes esperar, acabas de entrar”.

P: “No, no que se me escapa” (Va estirando el pomo de la puerta que la terapeuta aguanta unos instantes).

T: “Veo que no te puedes aguantar. Ves, pero pensaremos que podemos hacer.

Recordemos que trabajamos en un encuadre hospitalario, ir al W. C. significa salir del despacho, pasar por la Sala de espera en donde está la madre entre otras personas, salir de la zona reservada al servicio y entrar en un lavabo público que puede estar ocupado.

Tenemos en cuenta la situación, y para proteger el encuadre sugerimos a la madre que lo lleve al W.C., antes de cada sesión. A pesar de este recurso, la situación se ha repetido varias veces, pero no tan seguidas ni con tanta insistencia. Poco a poco ha podido ir esperando un poco más hasta perder la necesidad de salir, lo cual permiten abordar la incontinencia desde otra perspectiva terapéutica.

El hecho de necesitar hacer pipí durante la sesión esta ligado a la falta de contención. Es una respuesta evacuativa que pasa por la actuación a través de una descarga motriz. Se actúa la ansiedad persecutoria. El niño no puede mentalizarla, y menos elaborarla.

Hacerlo esperar (aunque sean breves instantes, el tiempo tendrá que estar en función de su tolerancia) es una forma de parar esta actuación y dar un espacio para el pensamiento.

Para tratar de poner en marcha la capacidad de contención en el niño, trabajamos en dos direcciones, por una parte sugerimos a la madre que el niño haga pipí antes de la sesión y dentro de la sesión tratamos de comprender sus necesidades:

1. De descarga, para hacer desaparecer de forma rápida la ansiedad persecutoria.
2. De ser contenido, necesidad en la terapeuta que trata de contenerlo y le sugiere esperar. Al hacerle esperar se trasmite el mensaje de que se han recibido sus ansiedades y transmitimos también que confiamos en sus recursos por mínimos que sean para elaborarlos.

Al acompañarlo al lavabo después de una brevísima espera, el terapeuta comprende sus necesidades biológicas de dependencia, al poner en palabras de forma sencilla, describiendo lo que está ocurriendo en la sesión: “Veo que no puedes aguantar más”. “Pensaremos que podemos hacer.”. Trata de dirigir la fantasía del niño (evacuatoria, invasiva, hostil o de otro tipo, hostil, hacia la relación terapéutica, hacia su mundo

interno: “PENSAREMOS, es decir, trataremos de desarrollar las funciones yoicas, sumamente débiles en este caso.

2. *Agresión y erotización*

Cuando quiere besuquear, acariciar...

Cuando quiere pegar, dar patadas...

P: “Eres muy guapa, con esta frente, qué manos (intenta tocarlas), que ojos más bonitos, (quiere meter el dedo en la boca de la terapeuta).Esta (le sujeta las manos con firmeza mientras le propone dibujar).

T: ¿Me quieres conocer, sabes qué?, podríamos hacer un dibujo, me podrías dibujar.

P: “No quiero dibujar, quiero que seas mi novia.”

(Se le tira al cuello intentando darle besos en la boca, lo tiene que aguantar muy fuerte, el niño hace esfuerzos para poner las manos en el pecho y en los genitales y lame las manos de la terapeuta mientras le sujeta las suyas).

T: Mira Marc, esto no puede ser. Así no podemos seguir, no podemos hablar.

P: “Eres una burra, imbécil,...”

(Puñetazos y patadas. Se le sujeta con fuerza).

T: Estas muy enfadado....

(Chilla y no escucha, sigue pegando, dando golpes. Se ha descontrolado).

La erotización y la agresividad se observan muy unidas, están inter-relacionadas. Permitir estas actuaciones sería alimentar la expresión de los aspectos sádicos más primitivos.

Al aguantarlo físicamente, se ofrece al paciente la experiencia sensorial de ser aguantado. El terapeuta se convierte en

aquel que puede contener. El niño recibe la experiencia emocional, de ser sujetado pero no agredido frente a sus impulsos de devorar o destruir el objeto.

Esta forma de comunicación del niño, dirigida al cuerpo del terapeuta, como señala Meltzer, es característico de niños pequeños, de niños autistas o muy psicóticos que abordan el cuerpo del terapeuta en forma frontal. Aquí la técnica juega un papel importante para determinar su perspectiva o su mutación hacia formas que emplean de alguna manera la simbolización...

Al poner un límite diferenciador sujetándolo, diciéndole: no”.

La respuesta del niño es negativa y violenta “no quiero dibujarte, quiero que seas mi novia”. Se le echa al cuello y trata de besarla en la boca, ella le coge las manos con fuerza y el niño las lame mientras lo aguanta. El niño intenta tocarle el pecho y la zona genital. No tolera la distancia y parece buscar la intrusión.

Cuando la terapeuta trata de explicarle que ponerle límites le enrabia mucho, pero que de cualquier forma ella no va a permitir lo que está pasando, el niño se enfurece, insulta y trata de pegarle patadas y puñetazos, también estas conductas son evitadas aguantándolo físicamente hasta que el niño se calma. La terapeuta trata de describir la ambivalencia de forma sencilla; afecto-rabia, excitación-frustración...etc.

Pero cuando la descompensación es tan intensa, el niño no puede pensar, el Yo está gravemente dañado y los funcionamientos psicóticos toman la delantera, al terapeuta no le queda otra medida que evitar y frenar la intrusión masiva-destruccion en marcha.

Este ejemplo nos permite también reflexionar acerca de nuestras dificultades para comprender y contener las ansiedades del paciente, cuando la manifestación de las mismas es a través de la acción.

La terapeuta comprende la ansiedad persecutoria -paranoide- (de calidad psicótica) del niño que toca ojos, frente,

boca, como preguntándose, ¿cómo me ves, que piensas de mi, que me vas a decir, que me vas a hacer? Pero el desbordamiento físico es tan intenso que hacerle llegar estas palabras, tratar de conectar con su capacidad de pensar y con su mundo interno resulta imposible.

No contenerlo físicamente sería permitir que emergieran sentimientos de culpa insoportables, que tampoco se podrían elaborar. Dar una explicación verbal junto con el no permitir la agresión, es evitar, en parte, el sentimiento de culpa intolerable para el paciente. Al mismo tiempo se intenta contener la contra-transferencia negativa que puede experimentar el terapeuta cuando es agredido.

En otras ocasiones en las que la comunicación del niño son gritos, insultos, palabrotas, el terapeuta puede verbalizarle que se le escucha pero que no le puede hablar.

Al continuar hablando retroalimentaría las ansiedades persecutorias y por tanto la agresión.

En este caso se ha visto como medida terapéutica el mantenerse en silencio para contener la ansiedad. Este silencio acompañado de una breve aclaración verbal (una intervención larga o extensa no sería bien soportada por el niño) se intenta hacer llegar al niño el mensaje de que se le está atendiendo, de que no se le puede ayudar con palabras pero si con la actitud. Es necesario que el niño sienta que no se le está abandonando ni se le está castigando con el silencio. De esta manera ofrecemos al niño la oportunidad de vivir y sentir al terapeuta como un objeto capaz de tolerar, de respetar sus dificultades y de entender y contener sus proyecciones.

Adecuación del espacio. Cerrar las ventanas

P: “A veces tengo mucho miedo... mamá explica cosas feas, de visiones que no son verdad... de día no tengo miedo... por la noche tengo miedo”.

T: ¿Duermes solo?

P: Nunca ha entrado el sol en mi habitación.

(La terapeuta intenta aclarar la situación pero el niño se va desencajando, tiene los ojos muy abiertos y la boca rígida).

P: “Ya está”.

T: ¿El qué Marc? ¿Qué es lo que ya está?

P: Iba a ver una cosa fea aquí en el cristal, dibujada (muy angustiado) ahora pasara algo, ¿puedo cerrar?

(El terapeuta le ayuda a cerrar la ventana).

T: Te lo estás pasando muy mal, tienes mucho miedo. ¿Qué te pasa? ¿Qué sientes?.

P: Este sitio es horrible, es pequeño, es espantoso. Tan pequeño que me aburro, no me gusta nada.

Cuando llega el final de la sesión no se quiere marchar, y con tono afligido dice:

P: Quiero estar un rato más contigo.

Frente a la alucinación, el niño se descompensa debido al miedo y al terror que experimenta. Pide ayuda. Ayudarlo a cerrar las ventanas es mostrarle que podemos hacernos cargo de sus necesidades y dificultades, un marco rígido estimularía y aumentaría el miedo. La comprensión incluye flexibilidad, es necesario ofrecer al niño la oportunidad de vivir una relación sensible, firme y contenedora al mismo tiempo, es ofrecer la vivencia de ser entendido y acogido por un buen objeto.

Comentarios finales

Somos conscientes de que al presentar algunas viñetas de un caso clínico, corremos el peligro de centrar la atención en detalles del mismo, ya que, naturalmente, cada uno de los aquí presentes tendrán una visión y abordaje terapéutico propios.

Nuestro propósito es mostrar en la práctica de la observación clínica y terapéutica como tratamos de ejercer una función contenedora “suficientemente buena” como para que el paciente “aprenda de la experiencia”, adquiriendo y desarrollando a su vez esa función.

En el medio hospitalario en el que trabajamos, recibimos al paciente en un encuadre externo con características propias que no voy a detallar aquí, y lo recibimos también en un encuadre interno formado por nuestros conocimientos, formación teórica y clínica, capacidades personales, etc. bases en las que la relación paciente-terapeuta se apoya para llevar a cabo el proceso terapéutico.

Hemos elegido estas tres secuencias del tratamiento (la del pipí, la agresividad-erotización y la de cerrar las ventanas, porque consideramos que ejemplifican la incontinencia interna y externa ante las ansiedades persecutorias.

En la primera secuencia, la ansiedad está localizada en el cuerpo y moviliza la urgencia de evacuarla.

A través de la agresividad-erotización, el niño elige el cuerpo del terapeuta como objeto receptor de la descarga.

Y por último, cuando la ansiedad es muy intensa el control se realiza por medio de la Identificación proyectiva masiva, adquiriendo caracteres alucinatorios y claustrofóbicos.

Las intervenciones terapéuticas de las tres situaciones que hemos descrito, van dirigidas a que el niño incorpore progresivamente un objeto contenedor-externo que no se destruye ni funciona relativamente.

La introyección de este objeto servirá para reconstruir o configurar internamente estructuras (relaciones de objeto), mas consistentes que le permitan la contención de impulsos y ansiedades. Cuando la interpretación verbal es inoperante la acción puede ser más comunicativa para el niño.

En estas intervenciones, el terapeuta asume la función de un objeto, “suficientemente bueno” que comprende aguanta al bebé con sus brazos, que contiene y desarrolla funciones como el control de esfínter y acompaña en los terrores nocturnos.

En la actualidad Marc sigue siendo un niño con muchas dificultades, y muy perturbado, pero empieza a jugar y a dibujar.

Gracias.