

EL TRATAMIENTO MUY PRECOZ DEL AUTISMO Y DE LAS PSICOSIS INFANTILES POR MEDIO DE UNA APLICACION DE LA OBSERVACION DE BEBES*

Didier Houzel**

La mayoría de los autores están de acuerdo en pensar que las posibilidades de tratamiento del autismo y de las demás formas de psicosis infantil, dependen en gran medida de la precocidad de la detección de los trastornos del niño, a condición, evidentemente, de que se pongan en marcha rápidamente las medidas terapéuticas adaptadas.

Nuestras propias investigaciones, iniciadas en Brest en 1978 y que se refieren actualmente a un grupo de 34 niños autistas, nos han demostrado que en todos los casos ha habido algún signo que ha alarmado a alguien del entorno cercano al propio niño antes de cumplir los dos años. En los dos tercios de los casos se han podido observar trastornos del desarrollo o de la relación desde el primer año del niño. En el tercio restante esta observación se ha producido durante el segundo año.

*Transcripción de la ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

Traducción realizada por Xabier Tapia. Psicólogo clínico.

**Catedrático de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Universitario de Caen (Francia).

Todos estos datos nos han llevado a pensar que el diagnóstico de autismo siempre es posible realizarlo antes de que el niño haya cumplido los dos años. Incluso es posible establecerlo desde el primer año. Por prudencia es mejor hablar en estos casos de “riesgos de evolución autista” que de autismo constituido. De hecho, el cuadro del autismo de Kanner se va completando paulatinamente. Nunca podemos estar seguros de que un signo de evolución autista precozmente detectado evolucione inexorablemente hacia un autismo constituido, pero es evidente, tanto por razones terapéuticas como éticas, que es preferible actuar sin demora desde el momento en el que se detectan los signos de alerta, aún a riesgo de pecar por exceso ofertando una ayuda terapéutica a niños que no van a evolucionar necesariamente hacia un autismo constituido.

Debo de precisar, sin embargo, que nuestro estudio es un estudio anamnésico. Trata de analizar los primeros signos que han alarmado a alguien del entorno próximo al niño y que nosotros hemos denominado “signos de alarma”. En el momento de la recogida de datos todas los niños del grupo tienen un autismo de Kanner constituido.

El afán de aportar respuestas rápidas y eficaces cada vez que un niño pequeño nos es remitido por sospecha de evolución autista (y cada vez son más y más jóvenes desde que tratamos de informar a los diferentes intermediarios, médicos de cabecera, pediatras, etc.) me ha llevado a investigar un método terapéutico adaptado a la edad del niño y aplicable cuanto antes. El método al que me voy a referir ha surgido de este afán. Me ha parecido indispensable evitar que la detección no derive hacia alguna medida eficaz debido a la falta de medios o de terapeutas competentes para poner en marcha estos medios. Tengo que precisar que, en el caso de los niños con signos de evolución autista o psicótica precoz, hay otros medios terapéuticos que se añaden al tratamiento a domicilio al que me refiero aquí. Volveré más adelante sobre ello

Si he recurrido al método de observación de bebés de Esther BICK a la hora de poner en marcha una modalidad de intervención rápida para los casos de detección de trastornos autistas, es porque, además de haberme formado en este método, he comprobado sus efectos benéficos sobre las relaciones entre la madre y el bebé observado. Soy de los que piensan que el autismo infantil se inscribe en un contexto de trastornos precoces y masivos de la relación entre el niño y su entorno y fundamentalmente su entorno materno. Con esto no descarto a priori las numerosas hipótesis sobre los factores constitucionales del autismo, de naturaleza biológica o cognitiva. Los disfuncionamientos relacionales pueden tener su origen tanto en el propio niño como en su madre o en las circunstancias que han rodeado la concepción del niño, su gestación, su nacimiento o sus primeros meses. La hipótesis de la que yo parto es que se pueden tratar estos disfuncionamientos relacionales y que la interrupción de la evolución autista del niño depende en gran medida de esta posibilidad.

La propia Esther BICK ha subrayado la ayuda que una observación bien realizada puede suponer para la madre e indirectamente para el niño: “Las madres nos han mostrado a menudo, escribe ella en su artículo *princeps*, de manera explícita o implícita, que ellas viven bien el hecho de contar con alguien que viene regularmente a su casa y de poder hablar de su bebé, de su desarrollo y de los sentimientos que todo esto despierta en ellas”¹.

En un artículo posterior, se muestra aún más tajante: “En muchos casos, dice, un observador puede ayudar, si sabe permanecer en su papel de escucha simpática, ya que lo que una

¹ Notes on Infant in Observation Psychoanalytic Training, International Journal of Psychoanalysis, 45, 1964, p.558 (Traduction personnelle). Nota del autor

madre desea es poder desahogarse. Un consejo supone para ella una exigencia suplementaria”².

Es esta “escucha simpática” la que yo considero útil para las diadas madre/niño autista y para ello he utilizado una aplicación del método de observación de bebés.

METODO DE OBSERVACION PROPUESTO POR E. BICK

En primer lugar me voy a referir brevemente al método de observación de bebés. Se trata de un método de formación creado a partir de 1948 por Esther BICK en la Tavistock Clinic de Londres, como uno de los elementos de formación de los psicoterapeutas de niños. El observador se pone en contacto, a través de un profesional, con los padres que esperan un bebé y les solicita su conformidad para que pueda acudir a observar al bebé en su propio domicilio a la vuelta de la maternidad con una frecuencia de una sesión de una hora por semana. El motivo de la demanda es la formación del observador que necesita, antes de tratar a los niños, observar el desarrollo de un bebé en su entorno natural.

Si los dos padres están de acuerdo el observador les pide que le informen del nacimiento del niño. Visita a la madre y al bebé en la maternidad en una breve visita durante la que fijan el día y la hora de las observaciones a domicilio.

Durante la hora de observación, el observador está atento, al bebé evidentemente, pero también a todo lo que ocurre entre el bebé y su entorno, su madre, su padre, sus hermanos y hermanas, otros miembros de la familia, vecinos, amigos. Esther BICK recomienda que el observador deje a los padres arreglárselas a su manera. No coge ninguna nota durante la ob-

² Further considerations on the function of the skin in Early Object Relations, *British Journal of Psychotherapy*, 2, 4, 1986, 292-298.

servación. No tiene más medios de grabación que su propia atención y su memoria. Sin embargo, después de la hora de observación, anota detalladamente todo lo que recuerda. Estas notas van a servir de punto de partida para el trabajo de elaboración que se realiza cada semana en un seminario de supervisión que reúne a varios observadores. Durante el seminario, cada participante, expone sus notas con detalle acerca de su observación semanal. El supervisor es un psicoanalista formado en la observación de bebés.

Su papel consiste en proponer hipótesis acerca del contenido latente de los intercambios entre el bebé y su entorno, acerca del sentido de los comportamientos del niño en el proceso de su desarrollo psíquico. Pero también trata de ayudar al observador a explorar su propia vivencia contratransferencial de la situación en la que se encuentra sumergido. Nunca se insistirá lo suficiente en la intensidad de las emociones e incluso en la violencia de los fantasmas que suscita en la mente de un observador la participación en la experiencia de la intimidad de un bebé y de su entorno familiar. Este trabajo sobre la contratransferencia del observador es muy importante ya que le informa acerca de los mensajes latentes.

Una de las ventajas que yo le veo al método de observación de bebés de Esther BICK es que no exige prerequisites psicoanalíticos, aunque se inspira directamente en el psicoanálisis. Evidentemente, es muy útil el que el observador tenga una formación psicoanalítica personal, pero no es una condición previa para la práctica de la observación. Gracias a ello se puede generalizar esta formación a muchas categorías profesionales para formar así un número significativo de futuros terapeutas. La formación dura alrededor de dos años. Esther BICK recomendaba observar al bebé al menos durante su primer año. La experiencia nos muestra sin embargo que es muy deseable, siempre que sea posible, proseguir la observación hasta alcanzar los dos años.

APLICACIONES TERAPEUTICAS DE LA OBSERVACION DE BEBES

La aplicación terapéutica que nosotros realizamos de la observación de bebés se inspira fundamentalmente en este método. Sin embargo el propio hecho de que se trate de una aplicación terapéutica modifica algunos parámetros. Precisamente uno de nuestros temas de investigación consiste en saber qué parámetros y en qué medida están modificados. Desde este momento podemos señalar las modificaciones siguientes:

El niño, objeto de nuestra intervención terapéutica nos es remitido por razones patológicas, mientras que el niño observado se supone que no tiene ninguna dificultad particular en su desarrollo;

Al comienzo del tratamiento este niño es mayor que el niño observado. Sin embargo limitamos nuestras indicaciones a niños que, al comienzo de la cura, tienen menos de cuatro años. La experiencia nos demuestra que más allá de esta edad los tratamientos a domicilio son más difíciles de realizarlos y menos eficaces;

La demanda proviene de los padres del niño, mientras que en la observación es el observador quien demanda;

Esta demanda es terapéutica, mientras que en la observación no hay, al menos conscientemente, ninguna petición de ayuda por parte de los padres.

Estas diferencias influyen ciertamente en la actitud mental del terapeuta y en sus relaciones con los padres y el niño. Ser conscientes de ello nos ayuda a mantener mejor el rigor del método de la observación de bebés, única garantía de su eficacia.

Al igual que el observador, el terapeuta les propone acudir al domicilio para observar al niño con sus padres. Nosotros

añadimos que acude también para reflexionar con ellos acerca de las dificultades del niño y de los problemas que los padres tienen en sus relaciones con él.

Al igual que el observador, acude en sesiones de una hora, habitualmente semanales, y a veces bisemanales.

Al igual que el observador, adopta una actitud de atención y de escucha, evitando al máximo inmiscuirse en las relaciones entre el niño y su entorno. Seguramente lo más difícil de describir es la propia actitud mental del terapeuta. Yo la defino sobre todo como la *función de atención*. El término de “observación” ya consagrado por el uso, me parece discutible. Más que observar, que en francés denota una actitud de objetivación, se trata de estar atento, con los propios sentidos evidentemente, pero también y sobre todo con la propia emocionalidad, las capacidades imaginarias y simbólicas. Es esta misma función de atención la que utiliza el terapeuta.

Utilizo el término de “atención” en un sentido psicoanalítico. Freud lo definió en 1895, en *“Proyecto de Psicología”* como una función de ligazón entre las necesidades internas y las percepciones externas. Volvió sobre ello en 1911 en su artículo acerca de *“Los dos principios del suceder psíquico”* Pero es Wilfred BION sobre todo el que desarrolla este concepto en su libro de 1970 *“Atención e interpretación”*. BION amplía la función de la atención a una función de ligazón de los elementos psíquicos entre sí. Sin lugar a dudas una de las características del psiquismo humano es la de necesitar de otro psiquismo para organizarse y para unir entre sí sus elementos dispersos. Es ésta la función que cumple la madre para el bebé, pero también ella necesita de la atención de un tercero para cumplir lo mejor posible esta función junto a su hijo. El tercero privilegiado para esta función es el padre del niño. Pero también pueden participar en esta función el entorno familiar ampliado y especialmente los padres de la madre, el entorno de las amistades y, por qué no, el entorno profesional constituido por

los médicos, matronas, puericultoras y demás terapeutas que se ocupan tanto de la madre como del niño.

Cada vez que hay disfuncionamientos importantes en la diada madre/bebé, cabe reforzar la atención hacia la madre y hacia el niño y gracias a un trabajo de elaboración psíquica tratar de levantar los obstáculos que se oponen a una mejor relación entre ellos. Esto es lo que intentan hacer los terapeutas que aplican el método de observación de bebés.

El terapeuta no coge ninguna nota durante la sesión, pero al igual que el observador, toma nota detallada de todo lo más rápidamente posible. Estas notas sirven de base para un trabajo de elaboración realizado en un seminario semanal bajo la supervisión de un psicoanalista.

ILUSTRACION CLINICA³

Quisiera ilustrar nuestro método a través de las dos primeras sesiones terapéuticas en casa de un niño psicótico, a quien se le hace un seguimiento de dos sesiones semanales.

Noël es un niño que me fue remitido con tres años y nueve meses debido a trastornos importantes del desarrollo y del comportamiento: rechazo de la alimentación sólida, rechazo al contacto con otros niños, ausencia de adquisición de la limpieza esfinteriana y ausencia de lenguaje.

La historia familiar de Noël está marcada por la muerte de un primer hijo de la pareja que murió con seis meses debido a una enfermedad metabólica hereditaria. La pérdida de este primer niño supuso un traumatismo psíquico terrible para los dos padres, más allá de sus posibilidades de elaboración. Todo aquello provocó una enorme angustia en los padres durante la gestación de Noël así como una actitud de hiperprotección an-

³ Mi agradecimiento a M. BESNIER, la terapeuta.

siosa: desde su nacimiento no le dejan nunca solo, no lo han dejado nunca con una tercera persona, están constantemente vigilando sus comportamientos y gestos, al tiempo que se quejan vivamente de sus comportamientos turbulentos que ellos los viven como provocadores. Recientemente hemos decidido iniciar un tratamiento a domicilio y voy a exponer las dos primeras sesiones tal como han sido redactadas por la terapeuta.

1.ª sesión

Durante la primera sesión la madre está sumida en una enorme tensión y se muestra incapaz de encontrar una respuesta a las demandas de su hijo. Ni escucha sus demandas. Gracias a su escucha y a su atención la terapeuta ha jugado un papel de receptáculo del sufrimiento materno.

“La Sra. F. va a buscar la llave de la puerta para dejarme entrar. Agita muy enfadada en sus manos una hoja de nuestros locales: “Se da usted cuenta, me dice, tengo que pagar dos mil setecientos francos, es casi lo que gano, he llamado por teléfono, no quieren saber nada, estoy discapacitada pero no me pagan la invalidez, y me veo obligada a pagar. Para mi marido, que está en el paro, tampoco hay ninguna reducción, ni tampoco para Noël, que recibe una subvención por minusvalía”. La Sra. F. está pálida, habla muy rápido, con la respiración entrecortada, ya no puede más y lo dice. Noël está en el sillón, tranquilo, mira dibujos animados en la televisión al tiempo que mordisquea una cuchara de madera. Me digo a mi misma que es capaz de utilizar una cuchara, cuando la madre me había dicho que era incapaz, pero no le hago ninguna observación”.

“Noël está cada vez más agresivo” dice su madre. “Es malo, voy a tener que aumentar su Depakine. Es lo que el pediatra nos ha dicho. Desde hace tres días está insoportable. Cuando fuimos a visitar a mi cuñada, le rompió todas sus plantas. ¡Ella que adora sus plantas! Le había prohibido coger los

cochecitos de la colección de su hijo, y que son muy caros”. “Al día siguiente, en casa de unos amigos, Noël le lanzó un vaso de agua a la cara de un señor y le abrió la mejilla debajo del ojo. Un día que nos visitó la hija del Sr. F. (hija de un primer matrimonio) que venía con sus hijos, Noël pidió un zumo de naranja a su padre y éste se lo dio, pero él le tiró el vaso a la cara de su padre. Al Sr. F. no le dio tiempo a reaccionar, pero su hija se levantó y le pegó un tortazo a Noël”. A raíz de esto hubo problemas familiares ya que la Sra. F. no consiente que nadie corrija a su hijo. Al día siguiente la hija del Sr. F. telefonó para pedir excusas al tiempo que explicaba que ni a ella ni a sus hermanos se les hubiese ocurrido jamás golpear así a su padre.

La Sra. F. cuenta otro episodio referente a Noël: mientras el Sr. F. recogía la mesa, Noël cogió un cuchillo y se lo tiró a su madre que apenas pudo esquivarlo.

La Sra. F. mira a su hijo y le dice que no muerda la cuchara porque es una cuchara de madera para la cocina. Se la quita de las manos.

Noël pelea por su recuperación y a partir de ahí va a buscar cualquier ocasión para disgustar a su madre: enredar en el escritorio, tocar la puerta, subir por la escalera, coger una vieja tetera muy apreciada por la Sra. F., abrir cajones, coger el bolso de la Sra. F...

Se trata de una auténtica carrera por toda la casa. La Sra. F. agotada y jadeante dice “me gustaría que el Sr. HOUZEL pasase dos días con él para entenderlo, porque él no entiende a Noël, hay que buscar una solución, que lo interne o que lo lleve a alguna parte durante algunas horas al día. Ya no es posible, es demasiado agresivo si ya no podemos ni recibir a nadie ni ir a ver a nadie, ¡se da usted cuenta! ya ve usted cómo es; y así todo el día.

Terapeuta: “Parece usted agotada”

La madre: “Sí, estoy cansada. Ya no puedo más y mi marido tampoco. Tengo miedo de que cualquier día coja su maleta y se vaya. Ayer le dijo al pediatra que ya no podía más y para cuando mi marido lo dice es que es verdad. Cuando vuelvo del trabajo sale a darse una vuelta o a hacer sus pequeñas chapuzas. Hoy ha ido donde una tía a hacer algunos pequeños trabajos”. Noël se tranquiliza por un momento y lloriqueando, le hace rápidamente unos mimos a su madre. Se lo hago observar a la Sra. F.; pero el niño ve la cuchara encima de la mesa, intenta recuperarla y de nuevo comienza a hacer “tonterías” mientras empieza a chillar. Está pálido. Quiere ir a la cocina que está cerrada con llave mientras dice “beber”. La madre no entiende lo que dice. No escucha.

“No, no vas a ir a la cocina, dice ella, hay demasiadas cosas que se pueden romper, es peligroso!”

Noël patalea. Dice “dodó”. La madre junta dos sillones y coloca encima unos cojines para que se acueste. Noël no está a gusto con nada. Intenta quitar un cojín, coge otro. No hay manera. Se enfadan y discuten sin encontrar ninguna solución. La Sra. F. le propone ver dibujos animados y me dice: “Es la única manera de que se tranquilice poco a poco en esos momentos”.

Noël se sienta en una silla entre nosotras dos.

Hace cono que tira tiros con una pistola como en los dibujos animados, diciendo “¡pan, pan!”.

La terapeuta: “¡Conoce estos dibujos animados ! Participa en lo que ve”

La madre: “Los ha visto tantas veces

Noël pide un bolígrafo al ver el bolso de su madre. Esta encuentra uno y se lo da junto con un folio.

La madre: “No quiero que toques el bolso de mamá. Están las llaves de la oficina y hay papeles importantes .”.

Noël dibuja una espiral que comienza en un punto central.

La terapeuta: "Hace una espiral".

La madre echa una mirada y sigue hablándome para descalificar la psicoterapia de Noël. Dice que está agresivo con su psicoterapeuta y que no reacciona a este tratamiento: "Cómo quiere usted que Noël aprenda algo, que aprenda a limitarse si ella le deja hacer todo. Haría falta un sitio en el que se le eduque, en el que pueda hacer juegos educativos, un sitio en el que no esté solo como en casa. Necesita estar rodeado de otros niños para aprender a respetarlos".

Me habla de las dificultades de ser hijo único y que ella observa en niños de su entorno. Ella no hubiese soportado nunca ser hija única, eran cinco hermanos y hermanas.

Y continúa: "No se qué vamos a hacer, nadie nos quiere comprender; el único que me dice la verdad sobre lo que tiene Noël y sobre su enfermedad es mi ginecólogo. No sólo se trata de problemas psicológicos, hay alguna otra enfermedad necesariamente. Un niño con problemas psicológicos, no habla, no es limpio. Me ocultan cosas sobre Noël. Al comienzo todo era psicológico, ahora es también neurológico".

La terapeuta: "¿Qué es lo que le da miedo?"

La madre: "Mi ginecólogo me dice que esto tiene que ser genético. No es posible que sea tan agresivo"

La terapeuta: "¿Le da miedo todo esto?"

La madre: "¿Se da usted cuenta, puede herir a alguien y qué va a ser de nosotros?"

La madre habla de su responsabilidad para con otros, los vecinos, la familia. Entiende que la gente se distancie de ellos pero no lo acepta y esto la hace desdichada. Yo la siento triste y a punto de llorar cuando habla de amigos que se distancian.

Repite una y otra vez que es preciso que el Sr. HOUZEL decida algo en la próxima consulta para internar a Noël. “Bueno, ya sé que no le toca a él encontrar la solución, añade, pero es necesario que nos ayude a encontrar algo, aunque sea unas pocas horas al día”

2.^a sesión

A partir de esta segunda sesión se observa una transformación del ambiente. La madre se muestra mucho más atenta con su hijo, mucho más capaz de entender sus necesidades y de responder a ellas, mucho más adulta y maternal con su hijo que sufre, más responsable y menos reivindicativa.

Evidentemente el problema está lejos de haberse resuelto. Queda un largo camino por recorrer, van a aparecer nuevas tensiones entre Noël y su madre y nuevas amenazas de rupturas terapéuticas.

La inestabilidad y vulnerabilidad van a continuar durante mucho tiempo. Sin embargo, a partir de esta segunda sesión comienzan a aparecer en la madre unas capacidades insospechadas, capacidades que sin duda esperan a desarrollarse a condición de que se le ofrezca la ayuda necesaria.

La terapeuta: “Toco el timbre, Noël seguido de su madre viene a abrirme la puerta del jardín. Nos sentamos en la sala, encima de la mesa hay un juego electrónico, un juego que la Sra. F. sacó ayer.

La madre: “Su madrina se lo regaló el año pasado, dice. Su madrina le mimó demasiado, no tiene niños ni los tendrá nunca”.

Se trata de una hermana de la Sra. F.; le compra a Noël juguetes caros y como Noël los tira y los rompe, la Sra. F. duda en dejárselos.

Noël y su madre se ponen a jugar con este juguete. Hay puertas, ventanas, personajes que hablan y que cantan, colo-

res. Noël escucha, canta y repite a veces después de su madre, hay un momento de calma y de complicidad entre ellos. Después Noël señala la puerta de la sala nombrándola “¡Puerta!” y se pone a buscar a su padre que ha salido a hacer los recados. Comienza a enredar en el escritorio de su madre, y encuentra un peine que mordisquea. “No te metas eso en la boca, es de mamá”, le dice su madre, Noël lo tira hacia su madre.

“Eres malo”, le dice ella.

Noël tiene un momento breve de excitación dando patadas a la pared en el mismo sitio en el que ya ha roto y pintado el papel. Después limpia las manchas hechas por sus zapatos con sus manos y comprueba que sus manos no están sucias. Inmediatamente coge una pistola en la caja de juguetes y dice “¡pan, pan!”, y después “¡muerto!” mientras mira a la televisión en la que echan una película de tiros. Después se ve a un hombre tumbado en una camilla y Noël vuelve a repetir “¡Muerto!”, muy impresionado.

“No, no está muerto, le dice su madre, está durmiendo”.

La Sra. F. me habla de las fiestas de Navidad que van a llegar dentro de dos meses y medio. Las van a pasar los tres juntos, como todos los años desde que murió su padre. Anteriormente ella le invitaba. Habla largo rato de su padre, que era un hombre duro, que nunca la había aceptado porque era la tercera hija y él quería un hijo. A pesar de todo ella le invitaba en Navidad, mientras que sus hermanos y hermanas le dejaban solo. Además ella ha tenido poca relación con ellos o si la tiene es muy difícil. A una de sus hermanas le reprocha que educa a sus niños haciéndoles chantajes, les hace regalos carísimos, aunque tenga que endeudarse y pedir dinero a la Florence”.

La terapeuta: “¿Vd. se llama Florence?”

La madre: “Sí”

La terapeuta: “Es muy bonito”

La Sra. F. habla de su cuñado que le prometió dinero a Noël si comía su merienda, algo que enfadó mucho a la Sra. F. Hubo un conflicto familiar. Después, habla largo y tendido de su padre que murió hace tres años. Noël era pequeño, estaban de vacaciones en el extranjero en casa de una cuñada. Tuvieron que volver para el entierro. Su padre había muerto por la noche y cuando llegaron al día siguiente ya habían repartido todos los enseres, las flores y las placas ya estaban compradas, y ya no había nada más que hacer, ya no quedaba nada que pagar. Todo esto le sorprendió mucho, y se sintió excluida. Sin embargo se emocionó mucho al encontrar en la cartera de su padre una foto de su hijo.

La terapeuta le pregunta de qué hijo.

La madre responde: “Christian”, es decir el bebé que ella había perdido. Habla de él como si todavía estuviese vivo.

La madre: “Mi padre había guardado esta foto en su cartera. Yo la había tomado con ocasión de la primera y última Navidad de Christian. Nunca hubiese pensado que tuviera una foto suya. Al contrario, nunca se interesaba por Noël, que hasta entonces no había tenido realmente ningún problema. Un día, simplemente me dijo que había tenido miedo durante mi embarazo de que el niño también hubiese estado enfermo”.

Terapeuta: “No era muy expresivo”

La madre: “¡Ah no! no se ponía nunca en evidencia. Mi familia nunca se pone en evidencia. La de mi marido tampoco. Mi marido tuvo dos hijas de un primer matrimonio, a las que no ha visto desde hace más de diez años a una y desde hace muchos años a la otra, y sin embargo era su preferida. El la había salvado. Se enfadaron con él, porque mi marido se ocupaba de una chica joven encomendada a la DASS. El también había sido criado en la DASS. Le daba dinero a esta chica para sus cigarrillos y sus salidas. Venía a comer aquí con su hijo que sue-

le llamar a mi marido "papi". También la solíamos invitar en los cumpleaños y un día delante de la hija de mi marido, ella le llamó "papá". Desde entonces la hija y el padre no se ven más".

La terapeuta: "Ella no lo soportó".

La madre: "No, he hablado más tarde sobre ello con mi marido, pero no ha querido ceder".

La terapeuta: "No han conseguido darse explicaciones".

La madre: "No, ni lo han intentado".

La terapeuta: "Resulta difícil continuar con cosas 'no dichas'".

La madre: "Sí, mi marido sufre por ello, pero es así. Cuando hay encuentros familiares, sus hijos invitan a su madre pero nunca a su padre. Se nos ha invitado a dos de los doce bautismos. Con ocasión de la fiesta de los padres o de su cumpleaños, las hijas no vienen a ver a su padre".

Noël viene a hacer mimos a su madre varias veces.

Continúa: "Mis hermanos y hermanas acuden a la tumbas de mis padres, llevan flores, pero nunca van a la tumba de Christian aunque esté muy cerca. Incluso tengo un hermano que no vino al entierro. Son realmente egoístas".

Noël se dirige hacia el cajón del aparador, y reclama una cassette de vídeo. La madre se la pone; se trata de dibujos animados. Noël hace comentarios. Habla cada vez mejor y la terapeuta se lo señala a la madre. Después se dirige hacia el escritorio de su madre que le sigue por detrás para impedirle que enrede dentro.

La madre: "No; le dice. El día pasado estuviste enredando en mi escritorio y cogiste las llaves de mi oficina. Me vi obligada a volver a buscarlas".

Noël quería un bolígrafo. La madre coge uno y un folio y durante al menos un cuarto de hora, se pone a dibujar todo lo

que Noël le pide: “un pez”, “caracol”, “casa”, “sala de baño”, etc. La madre añade a la casa una chimenea y dibuja la lluvia y nubes. Luego pone ventanas y puertas a la casa y dibuja un camino.

“Papá”, dice Noël.

“Vamos a hacer a papá”, dice la madre, dibuja al padre,

“Nariz” dice Noël

“Nariz” dice la madre. Después dibuja a Noël dándole la mano a su padre, y luego se dibuja a sí misma dando la mano a su marido. Noël está muy excitado.

“Mano, mano”, dice Noël enfadándose. Su madre le enseña que ya ha dibujado las manos de mamá que da la mano a papá. Todos los personajes tienen pies excepto Noël. La madre escribe el nombre de cada personaje. Noël quiere que dibuje también a su perro y a un niño vecino. Noël está encantado. Se nota un placer y una complicidad compartidos entre la madre y Noël.

La madre y Noël me acompañan cuando finaliza la sesión. En el jardín nos encontramos con el padre que me dice “Buenos días”. La madre le explica que, Noël ha dibujado un caracol y que ella le ha hecho dibujos.

“¿Ha estado tranquilo?”, pregunta el padre,

“Sí”, dice la madre.

El padre: “Está bien. Con su juego dice cada vez más palabras. Vamos a tener que comprarle el otro juego con fichas, cada vez hay más palabras que aprender”

EL PROCESO TERAPEUTICO

Bajo todo tratamiento psicodinámico subyace un proceso que el terapeuta debe de favorecer creando las condiciones y

tratando de eliminar los obstáculos que se oponen a su desarrollo. El no lo controla; debe limitarse a destacar su trazado y a esforzarse en comprender su naturaleza. Esto es lo que tratamos de hacer en el “grupo de elaboración” cuando las terapeutas exponen sus apuntes de forma detallada una semana tras otra.

Destacaré los siguientes aspectos:

Función de receptáculo del sufrimiento parental

Gracias a su “escucha simpática”, a su capacidad de *atención*, el terapeuta puede jugar el papel de *receptáculo del sufrimiento de las padres*. El hecho de poder descargar, sin temor a ser juzgada, todo su desconcierto, toda su perplejidad, su vivencia depresiva, su angustia ante un niño que decepciona o que rompe una imagen de bebé ideal y que cuestiona la *competencia parental*, este hecho supone para la madre y a veces para el padre, una ayuda muy importante. La madre ya no se siente sola con el peso de sus sentimientos incommunicables e inconfesables; vive la experiencia de poder comunicar sus afectos dolorosos o vergonzosos y de poder compartir sus dudas y sus interrogaciones con otro adulto que no está allí para juzgar, ni incluso para aconsejar, sino para escuchar y para “reflexionar con”. Entiende que lo que vive internamente puede tener un sentido; que lo que ella siente con su bebé es algo a comprender y no a juzgar; que es posible también que las dificultades con las que ella se encuentra en su relación con él y que él sufre en su desarrollo pueden superarse si este sentido aparece poco a poco. Evidentemente nada de esto está explicitado, pero nos parece que se percibe de forma implícita.

Durante la primera sesión del tratamiento de Noël la terapeuta juega fundamentalmente este papel con esta madre que está desbordada por el sufrimiento.

Función de “recalificación” de los padres

Esta función tiene una aplicación muy especial con las madres de niños *autistas* y *psicóticos*. La práctica de los *tratamientos a domicilio* nos ha mostrado que estas madres están muy a menudo habitadas por un *fantasma de “descalificación”*. Llamo así al fantasma de sentirse incompetente como madre, de no saber encontrar las soluciones que hacen falta y que otra, sin lugar a dudas, hubiese encontrado. Ocurre como si estas madres se sintiesen tuteladas por una *imago materna* que les niega toda posibilidad y todo derecho a ser madres, de ahí el nombre de “*imago tutelar*” de esta instancia superyoica. Habitualmente está encarnada por un personaje del entorno de la madre, que siempre aparece en el transcurso del tratamiento: abuela materna del niño, suegra, hermana mayor, vecina, etc. A veces, se trata de una figura profesional, como una asistente social por ejemplo. La “*imago tutelar*” está siempre encarnada por un personaje femenino con mucha autoridad y muy competente.

Nos hemos dado cuenta de que esta “*imago tutelar*” está proyectada, en un momento u otro del tratamiento, sobre la terapeuta. La proyección se traduce en peticiones de consejos y opiniones profesionales, en confesiones de incompetencia o simplemente en conductas maternas tan inadecuadas que el terapeuta se siente muy tentado de señalar su inadecuación y de sugerir otras soluciones. Si lo hiciese no haría más que reforzar el sentimiento de *descalificación* de la madre. La *elaboración* de estas *proyecciones* es absolutamente fundamental para evitar la trampa. La experiencia nos enseña que, en general, basta con que la terapeuta no se identifique con esta “*imago tutelar*” proyectada sobre ella para que este círculo vicioso de la *descalificación* se abra y de paso a un círculo favorable en el que la madre, encontrando por sí misma las soluciones adecuadas, pueda sentirse poco a poco cada vez más segura de su *competencia materna*.

Dentro de este mismo tema de la descalificación entran también la búsqueda de soluciones externas que lleva a cabo la Sra. F. sus búsquedas de autoridades que dicten o que encuentren soluciones: los pediatras, el ginecólogo, el Sr. HOUZEL, así como su conflicto con la hija de su marido que pega a Noël y critica así implícitamente la actitud de la Sra. F.

Pero lo que más puede inducir a la terapeuta a realizar juicios descalificadores es el comportamiento materno tan inadecuado de la Sra. F. durante la primera sesión.

Función de clasificación de las confusiones de generaciones

Esta función es el resultado de las dos anteriores. Nuestra hipótesis es que, para comunicar con su hijo, la madre tiene que hacer un movimiento regresivo hacia sus propias “partes-bebé” y poder identificarse con su bebé y empatizar con él. Todo depende de la naturaleza de este movimiento regresivo: si se apoya en un mecanismo de identificación introyectiva, no le impide a la madre estar simultáneamente en contacto con sus “partes-bebé” y sus “partes-adultas”; las primeras le permiten contar con la sensibilidad necesaria para percibir lo que su bebé le comunica, las segundas son necesarias para hacer el trabajo de elaboración psíquica que estas comunicaciones arcaicas requieren; si por el contrario, el movimiento regresivo se apoya en una identificación proyectiva, en ese caso la madre se encuentra pillada de alguna manera en sus propias “partes-bebé” y cortada de sus “partes-adultas”. Ya no va a vivir a su niño como a su propio bebé sino como a un rival que va a quitarle su sitio y que amenaza su territorio y su integridad psíquica. En este caso se pueden producir distorsiones graves de las interacciones madre/niño así como una intolerancia por parte de la madre hacia su bebé. Se puede observar el mismo proceso en el padre.

Gracias a sus funciones de “receptáculo del sufrimiento parental” y de “recalificación de los padres” el terapeuta ayuda a evitar este escollo: en efecto, el sufrimiento parental es en gran parte el reflejo de un sufrimiento infantil que, gracias al terapeuta, encuentra un receptáculo que impide que el padre en cuestión no se sirva inconscientemente del bebé para vaciar en él este sufrimiento o para hacerle responsable del mismo. La ayuda que el terapeuta ofrece para que los padres vuelvan a recobrar la confianza en sus propias competencias actúa en una misma dirección facilitando el ejercicio de sus funciones parentales y favoreciendo el placer y el reaseguramiento narcisista unidos a estas funciones.

A través de todo el discurso de la Sra. F. se puede observar la violencia de las proyecciones de su propio sufrimiento sobre Noël, como si él fuese responsable del drama familiar, el que amenaza físicamente al entorno y les hace correr el riesgo de romper la pareja. Sin embargo, en la segunda sesión, junto a una tranquilización considerable en la relación de Noël con su madre, se observa que ésta evoca recuerdos familiares y habla de su padre, diferenciando así tanto las generaciones como las alegrías y las penas unidas a éstas.

Función de soporte identificadorio

Al igual que en *la observación de bebés* que nos sirve de base, asistimos a fenómenos *de identificación* de los padres con el terapeuta en sus *funciones de observación, atención y reflexión*. Que estos *procesos identificadorios* forman parte importante de la acción terapéutica es innegable. Descubrir, gracias al *soporte identificadorio* que ofrece el terapeuta, la posibilidad de interesarse por la actividad psíquica del niño, de encontrarle un sentido, de darse cuenta de los progresos, todo esto se debe al efecto producido en los padres por estos *mecanismos de identificación* con las funciones del terapeuta. Estos mecanismos les ayudan a encontrar poco a poco res-

puestas más elaboradas ante las *proyecciones* del niño en lugar de enzarzarse en *contra-proyecciones* que alimentan estos círculos viciosos interactivos.

A menudo nos hemos preguntado si hubiéramos podido ir más lejos en esta oferta de *soporte identificador* ofreciendo a los padres modelos concretos de respuesta al niño. Hubiera supuesto que el terapeuta saliese de su reserva para interactuar activamente con el niño en tal o cual circunstancia. Finalmente pensamos que dentro del encuadre de nuestra técnica terapéutica hay que descartar esta posibilidad. Cada vez que un terapeuta se deja llevar por el niño o por su entorno hacia una respuesta activa, nos parece que equivale a un “acting in”, o sea, que sirve para huir de una tensión emocional excesiva corriendo el riesgo de entrar en el círculo vicioso de la *descalificación* a la que me he referido.

CONCLUSION

Hasta la fecha hemos tratado por medio de esta técnica a diecisiete niños autistas y psicóticos. La evaluación de estos tratamientos, que exige muchos años de perspectiva, está en curso. La duración media de los tratamientos a domicilio es de dos años.

Tal como he indicado anteriormente, llega un momento en el que otras fórmulas de intervención terapéutica cogen el relevo del tratamiento a domicilio o incluso se le añaden cuando tratamos a niños autistas:

- Se ve regularmente a los padres en entrevistas que se realizan con una frecuencia mensual;
- El niño es tratado con una psicoterapia intensiva, a razón de tres a cuatro sesiones semanales, a partir de los dos años;

- Si sus progresos son suficientes, cuando alcanza la edad de tres a cuatro años intentamos integrarlo en un preescolar normal. Para ayudarlo en esta integración nos coordinamos todos los meses con el educador encargado del niño.
- Si la integración escolar no es posible, orientamos al niño hacia un Hospital de Día a tiempo parcial, abierto al exterior y continuamos con los tratamientos ambulatorios en marcha.

Desarrollar medios terapéuticos ambulatorios para los niños autistas y ponerlos en marcha cuanto antes me parece una apuesta importante tanto para ofrecer a los niños autistas y psicóticos las mejores oportunidades para reencontrar el camino de la comunicación y escapar del riesgo de la cronificación que conlleva todo tratamiento institucional como para penetrar en el misterio de la tendencia autista presente en el fondo de todo ser humano.