

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

VI CONGRESO NACIONAL

“PROGRESOS EN PSICOTERAPIA”. Octubre de 1992

- | | |
|---|--|
| J. MANZANO | Introducción al Congreso, “Progresos en psicoterapia”. |
| J. COROMINAS | Nuevas aportaciones a la comprensión de la psicosis. |
| P. F. KERNBERG | La psicoterapia en niños con patología narcisista. |
| E. TORRAS | Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia. |
| L. ESCARIO | Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves. |
| R. RODRIGUEZ y
A. L. VON SIEBENTHAL-
RODRIGUEZ | Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales. |
| O. KERNBERG | La patología narcisista hoy. |
| J. BURRUECO,
C. MOLLINS,
L. DE LA IGLESIA
y E. MOLLEJO | Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres. |
| A. LASA | Psicoterapia y autismo. |
| E. TOLEDO RUIZ
y J. MANZANO | Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline. |

N.ºs 13/14 1992

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

Alberto Lasa Zulueta (Bilbao)

Vicepresidente:

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Secretario:

L. Fernando Cabaleiro Fabeiro (Madrid)

Vicesecretario:

Ana Jiménez Pascual (Ciudad Real)

Tesorero:

Jaume Baró Aylon (Lleida)

Publicaciones:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Vocales:

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Amparo Escrivá (Madrid)

Alicia Sánchez (Madrid)

M.^a Carmen Navarro Rodero (Salamanca)

Director de la Revista:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Envíos:

Manuel Hernanz Ruiz

Heros, 19-6.^º dcha.

48009 Bilbao

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

VI CONGRESO NACIONAL

“PROGRESOS EN PSICOTERAPIA”. Octubre de 1992

J. MANZANO	Introducción al Congreso, “Progresos en psicoterapia”.	5
J. COROMINAS	Nuevas aportaciones a la comprensión de la psicosis.	9
P. F. KERNBERG	La psicoterapia en niños con patología narcisista.	31
E. TORRAS	Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia.	51
L. ESCARIO	Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves.	69
R. RODRIGUEZ y A. L. VON SIEBENTHAL- RODRIGUEZ	Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales.	83
O. KERNBERG	La patología narcisista hoy.	101
J. BURRUECO, C. MOLLINS, L. DE LA IGLESIA y E. MOLLEJO	Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.	155
A. LASA	Psicoterapia y autismo.	169
E. TOLEDO RUIZ y J. MANZANO	Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline.	179

N.ºs 13/14 1992

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

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-1383-95

PROGRESOS EN LA PSICOTERAPIA*

Dr. Juan Manzano**

Pienso que estamos asistiendo a una mayor generalización de la práctica de la psicoterapia. Yo creo que incluso en los ámbitos más biologizantes y farmacológicos, en tanto en cuanto son clínicos, están más pronto o más tarde inclinados a interesarse en la práctica psicoterapéutica en la relación con el paciente de cualquier edad. Es que, como decía hace muchos años Laín Entralgo, la idea de la “curación por la palabra” está íntimamente ligada a la experiencia humana.

Sin embargo, esta misma generalización ha llevado a la práctica psicoterapéutica a confrontarse con límites y fronteras, y a adaptarse con nuevas fórmulas. Estas psicoterapias de situaciones límites constituye para mí lo esencial de los progresos en psicoterapia, tema de este Congreso.

En mi opinión estas fronteras son esquemáticamente las siguientes:

1.-**La frontera “natural”** constituida por las resistencias emocionales de los padres, niños y adolescentes, que se conjuga con las fronteras socioeconómicas y culturales.

Es un hecho que en la práctica privada, y más aún en la pública, el número de consultas e indicaciones psicoterapéuti-

* Conferencia Inaugural 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.

** Psiquiatra, Psicoanalista. Jefe del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra.

cas es limitado, se calcula que sólo el 20% de los casos, ¿y los otros?

a) Entre las fórmulas que se han desarrollado están las diversas psicoterapias breves y la consulta terapéutica.

Esta modalidad, aun en sus comienzos, está basada, en mi opinión, en dos conceptos de base: la noción de crisis y la noción de transferencia de los padres sobre el niño.

La crisis, como saben, es el estado de desequilibrio emocional que se produce como consecuencia de etapas del desarrollo (tales como el parto, el matrimonio, la primera entrada en la escuela para un niño, etc.) o situaciones accidentales (hospitalización y separación de la madre, muerte de una persona próxima, etc.). Todas estas situaciones de crisis, de desequilibrio transitorio tienen la característica de una mayor apertura psíquica y, por consiguiente, una mayor disposición a recibir ayuda.

La noción de transferencia de los padres sobre el niño significa poner en evidencia las proyecciones de los objetos primitivos (parentales) de los padres sobre los hijos. La interpretación de estos transferts en condiciones de setting psicoterapéutico permite cambios psíquicos (nuevos lazos preconsientes), cambia la naturaleza de las proyecciones sobre los niños y los comportamientos que las acompañan, y permite una disminución de los síntomas, que eran la consecuencia.

Estas terapias se han desarrollado en particular en la crisis que sigue al parto y las primeras relaciones padre-niño (terapias breves madre bebé), pero igualmente en otras situaciones de crisis (adolescencia, duelos, pubertad, ruptura de pareja), tanto intervenciones individuales como familiar. Una modalidad interesante es la de considerar el hecho de que una familia consulte por un hijo a un pediatra o psicólogo psicoterapeuta, como una situación de crisis en sí misma, y dar lugar a una intervención psicoterapeuta breve (consulta terapéutica).

b) Otra manera bien conocida como la psicoterapia que se ha adaptado a las resistencias y condiciones del medio son el

desarrollo de las terapias de familia y de pareja, en particular las de inspiración psicoanalítica.

2.—Otro tipo de límite o frontera que la práctica psicoterapéutica ha confrontado es la representada por **la propia organización patológica del niño o el adolescente**. Son justamente, en primer lugar, los estados límites o fronterizos (Borderline).

Como saben, la existencia de este tipo de patología ha sido ignorada por muchos, y algunos siguen aún ignorando. (No hace mucho, por ejemplo, la Dra. Paulina Kernberg ha debido romper una lanza en un debate público, defendiendo la existencia del síndrome borderline en el niño de menos de 12 años). Para mí constituyen un porcentaje mayoritario de los casos que consultan un Servicio Público de Psiquiatría Infantil.

Cara a esta patología se han desarrollado técnicas psicoterapéuticas individuales pero también en grupo. Conocemos, en efecto, un resurgir de las psicoterapias de grupo de niños, sea bajo la forma de psicodrama, sea como otras técnicas de interpretación grupal. También, y como la indicación principal de los casos de niños borderline es la de Institución o Centro de día, se ha revitalizado el rol del psicoterapeuta en estas instituciones, y la comprensión de la función psicoterapéutica de las relaciones emocionales en el seno de la institución para el desarrollo y el cambio, a través de las condiciones que permiten nuevas identificaciones (institución terapéutica)

Estas consideraciones son igualmente validas para el niño psicótico.

En el caso de niños con hándicap físico o sensorial se han creado adaptaciones psicoterapéuticas.

3.—Hay, en tercer lugar, un cambio progresivo que ha concernido a **los límites teóricos mismos**. Si yo debiera escoger en qué campo esto se ha realizado de una manera más evidente, yo diría que es en el campo de la concepción del Narcisismo. Como todos saben, después de los trabajos teóricos y clínicos de Otto Kernberg, la teoría del narcisismo no es la

que era antes. En particular, la oposición entre transferencia y narcisismo. El termino, un poco paradójico de transferencia narcisista, ha permitido, en mi opinión, la aparición de interesantes conceptualizaciones de la teoría de la técnica psicoanalítica y psicoterapéutica.

He aquí en mi opinión, resumidos de una manera muy esquemática y no exhaustiva, los principales progresos y nuevas tendencias en estos últimos 10 años.

Como no podía ser menos, nuestro Congreso va a reflejar directa e indirectamente cada uno de esos campos, así:

- Las terapias breves serán tratadas en las conferencias de Luis Feduchi (1) y Leticia Escario.
- Las intervenciones en la primera infancia, por Joana M.^a Tous (2).
- La patología borderline, por P. Kernberg.
- Los casos de límites físicos, por R. Rodríguez y A. Lise Von Siebenthal.
- La patología psicótica por Julia Corominas y Alberto Lasa Zulueta
- Las técnicas de grupo Eulalia Torras, Julia Burrueco y Col.
- Las intervenciones psicoterapéuticas en institución por Luis Feduchi (3).
- Las implicaciones teóricas y técnicas del Narcisismo, en particular, por O. Kernberg.

En mi opinión, La calidad indiscutible de nuestros conferenciantes nos asegura una reunión fructífera y del mas alto nivel científico.

Muchas gracias por su atención.

(1) Conferencia que se publicará en el próximo número.

(2) Conferencia que se publicará en el próximo número.

(3) Conferencia que se publicará en el próximo número.

NUEVAS APORTACIONES A LA COMPRESION DE LAS PSICOSIS INFANTILES*

Julia Corominas**

Freud en 1924, en su trabajo sobre psicosis y neurosis, nos dice que en la neurosis el Yo se desentiende del Ello y se alía a la realidad, mientras en la psicosis el mismo Yo se desentiende de la realidad y se alía fielmente al Ello. Bion, en su artículo sobre Personalidad psicótica y no psicótica (Second thoughts 1967), está de acuerdo con Freud en cuanto el odio a la realidad existente en el psicótico, pero funda este odio en el sadismo infantil al pecho, de las primeras fases de la relación con éste, que existen, de acuerdo con M. Klein, al comienzo de la vida (Early Stages of the Oedipus conflict, 1928) propios de la posición esquizo-paranoide. Cree y añade que más que ignorar la realidad, ésta está enmascarada por una fantasía omnipotente de la parte psicótica de la personalidad y que este ataque se verifica con la fragmentación de la percepción en pequeñas partículas. Estas partículas se proyectan a los objetos deformando y enmascarando la realidad. Como resultado del ataque al Yo y lo que Freud define como sus funciones, a saber, respuestas sensoriales, atención, memoria, juicio y pensamiento, tendrá la dificultad en organizarse lo que será la base para la comprensión instintiva de uno mismo.

* Ponencia presentada el día 2 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.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Sociedad Española de Psicoanálisis, Barcelona.

Pero tanto Freud hablando del odio a la realidad (se supone al principio de realidad) como Bion de los ataques al pecho, coinciden en afirmar que la forma más eficaz de liberarse de la conciencia de realidad es atacando la conexión de las impresiones sensoriales con la conciencia de ellos (Freud, 1924; Bion Attacks on linking, Second Thoughts).

Estos conceptos básicos se han confirmado y elaborado durante años junto con los de identificación proyectiva y seguimos utilizando y ampliando nuestra experiencia en nuevos campos tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Pero este “ataque al vínculo” tan bien estudiado por Bion parecería referirse al vínculo existente. Pero, ¿es que podemos considerar ataque al vínculo, el hecho de no haberse establecido? No es necesario contestar a esta pregunta para afirmar que, si queremos comprender las psicosis infantiles, tenemos que conocer el proceso inverso a la desvinculación, es decir, cómo se conectan las sensaciones a la conciencia de ellas.

Es importante este estudio tratándose de niños y sobre todo de bebés, que es cuando este proceso de vinculación se lleva a cabo. Y no es que no se haya tenido en cuenta tal proceso. Desde Freud la preocupación por los *procesos de concienciación* han merecido siempre interés especial. Recordemos el planteamiento famoso de Freud cuando se preguntaba cómo hacer consciente el inconsciente y afirmaba: “haciéndolo preconscious”. Y concretamente en 1911 (dos principios del funcionamiento psíquico) afirmaba que el principio de realidad activaba especialmente aquella parte del aparato psíquico que está en relación con la conciencia de los órganos de los sentidos (1). Por otra parte, todo el proceso de simbolización y establecimiento del lenguaje paralelo a la evolución de la rela-

(1) Es interesante considerar la descripción temprana de la función de consciente que hace Freud en el Cap. VII de “La interpretación de los sueños” (1900) como el órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas.

ción de objeto hacia la posición depresiva está conectada con el proceso de concienciación (2). Pero para el estudio del proceso de concienciación se ha partido pocas veces del bebé patológico en el que la desconexión con el ambiente y consigo mismo es global o muy importante y en el que una educación psicopedagógica adecuada nos permite seguir en “ralentí” su despertar y evolución mental.

Centraré mi estudio de la psicosis en la infancia, o mejor dicho, de las nuevas aportaciones a este estudio, en el papel que desempeña la persistencia de *sensaciones no conectadas a procesos cognitivos y emocionales en los trastornos del desenvolvimiento mental y diferenciación self-objeto*. No sé qué tendrá de nuevo esta aportación. En psicoanálisis estamos acostumbrados a un va-y-ven de los conocimientos, a elaboraciones de nuevos conocimientos que nos conducen otra vez a los antiguos o a diferentes enfoques de éstos, de modo que es difícil determinar dónde empieza lo nuevo. Quizás lo que tendrá de nuevo mis aportaciones, o por lo menos, de más personal, será el hecho de haberlas vivido en una labor psicopedagógica asistencial antes de llegar a su teorización y haberlas podido aplicar a las psicoterapias que yo he realizado o supervisado.

En efecto, siendo neuropsiquiatra y por unas circunstancias especiales, me vi envuelta en la asistencia de niños afectados de PC, de atrasos mentales, de autismo, etc., todo ello mientras seguía mi larga formación psicoanalítica. La creación del Centro Pilot de Parálisis Cerebral (PC) en Barcelona (1961) me dio la posibilidad de seguir estos procesos primarios en niños con grandes perturbaciones neuromusculares centrales pero sin lesiones evolutivas. Me estimuló el hecho que algunos

(2) La existencia de sensaciones en el origen de las fantasías inconscientes es bien conocida. Resnik, en “Las identificaciones del cuerpo” (1988), recuerda que Susan Isaacs hacía notar que los primeros fantasmas son experiencias sensoriales y sensitivas.

de los pedagogos o rehabilitadores de este Centro, en general autodidactas, los conocía y habían trabajado conmigo llevados por su interés. De modo que, sin proponérselo, empezó un trabajo de investigación en equipo. Retrospectivamente podría establecer un orden de las adquisiciones educativas y pedagógicas que hicimos. En primer lugar me di cuenta de la eficacia de verbalizar lo que se está haciendo con el niño, mientras se hace, y lo que el niño realiza. Verbalizarlo si el niño parece lejos de entender el lenguaje. El contacto se establece a través de la acción y la intención del terapeuta de hacerse entender (contacto verbal y preverbal).

Muy pronto empezaremos asociar a la verbalización del acto sugerencias de sensaciones que el niño debe o debería experimentar. Esto equivale a la función alfa que las madres, o sustitutos de éstas, realizan con sus bebés y niños pequeños estimuladas por su intención y capacidad de "reverie". Tales asociaciones ayudarán al niño a diferenciar las sensaciones, a reconocerlas y conocer los objetos que las originan. En este momento será posible estimular el recuerdo y conectar esbozos mnémicos. En un principio el recuerdo de un acto sólo será posible si la evocación la sugiere o pide la persona que ha compartido con el niño el acto o situación a recordar. Simultáneamente se conectarán las sensaciones y respuestas sensoriales reconocidas, con sentimientos y con la persona con los que vive. Esta secuencia que se ha expuesto muy esquemáticamente, una vez elaborada la teoría analítica que la sustenta, parece muy lógico que se desarrolle así. Aunque en la práctica es lenta su evolución y mucho más compleja.

Antes de seguir con la elaboración de estos procesos que llevarán al niño a la diferenciación self-objeto expondré unos episodios del análisis de una niña autista en donde se ve esta evolución muy lentificada por las ansiedades catastróficas con que amenaza la diferenciación de objeto.

M.C., niña autista de siete años, después de dos años de análisis se empeña repetidamente en borrar los trazos que

hace con el lápiz usando plastilina, y también pegar papelitos usando agua o saliva. Por más que le hablo de la inutilidad de su intento y le hago ver cómo el frotar la plastilina no borra sino que ensucia y que los papeles pegados con agua, cuando ésta se seca, quedan despegados, la niña persiste en sus actuaciones. La interpretación de una omnipotencia que enmascara sus acciones no modifica su conducta. En este momento, el diálogo con la niña no era posible. Contestaba a veces con alguna pregunta y decía o murmuraba palabras que yo me limitaba a repetir cuando las entendía. Antes de empezar la terapia oyéndola de lejos parecía que hablaba porque imitaba perfectamente la música del lenguaje y lo curioso era que el nivel de vocabulario de los test aplicados daba un resultado casi normal. Más adelante comentaremos por qué. Por fin me di cuenta de la similitud de los dos objetos de cada una de los dos pares de confusiones que tan a menudo aparecían en sus actividades durante la sesión. En una intervención prácticamente educativa, le mostré las similitudes y las diferencias sensoriales de los objetos cuya función confundía: la plastilina tenía el mismo color beige de la goma de borrar pero la plastilina era moldeable, podían juntarse de nuevo sus fragmentos y en cuanto al pegamento líquido que usaba tenía un color y aspecto visual parecido al agua pero el pegamento era más espeso y sobre todo tenía una viscosidad, que podía notarse al tocarlo, cosa muy diferente de lo que ocurría con el agua que carecía de tal viscosidad. Insistí en la importancia que parecía tener para ella el hecho de que lo que se parece sea lo mismo. La niña no volvió a confundir estos objetos.

Esta misma niña, dos años después, vino un día diciendo que tenía las manos frías o, quizás, más que diciendo, acercando las manos a los radiadores calientes en forma llamativa. No era un día frío y yo sabía que los niños de su clase (asistía a un colegio normal ayudada por la intervención de una maestra que la atendía una hora diaria individualmente) debían ir de excursión y ella no iría por las dificultades del camino y las

pruebas deportivas que ella no podría seguir. La niña, en su lenguaje telegráfico, me había anunciado el día anterior que no iría de excursión sino que se quedaría en el colegio y le darían Trinaranjus, galletas y otras golosinas. Le pregunté cómo le había ido. Parecía triste. Me dijo que los niños de su clase se fueron. Se expresaba como si recién se enterara de ello. “¿No había otros niños?”, pregunté. Su clase estaba vacía, dijo, y no hizo referencia al Trinaranjus ni a otros ofrecimientos sustituti-vas que hubieran podido darle. “Pareces triste”, le dije. No hizo mucho caso. Le recordé que hacía dos semanas no venía los viernes y parecía no haberse dado cuenta que habíamos supri-mido unas sesiones semanales y, añadí, que yo creía que el vacío de la clase del que me hablaba ahora era el vacío del viernes sin recuerdo de la sesión semanal que había perdido y las manos frías ocultaban la tristeza de los viernes sin sesión. Por primera vez en su terapia irrumpió en llanto, pero la triste-za de éste duró sólo unos instantes y quedó sustituida por un exceso de rabia que la llevó a morderse las rodillas con furia.

La distinción de frío y caliente había tenido una larga histo-ria. La primera vez que oí a la niña hacer alusión al frío fue un día realmente frío de invierno, pero la alusión fue usando una exclamación que, al mismo tiempo que adecuada para aquel día, tenía un sentido muy impreciso para ella. “Hace un frío que pela!”, exclamó (traducción del catalán, “fa un fred que pela!”). De modo que podríamos considerar tal manifestación como ambivalente en cuanto a reconocer y comunicar lo que sentía. Por una parte adecuada al día, pero por otra, usando una fra-se, investida por el uso, es verdad, pero sin significado para ella.

Siguió, durante un tiempo, dibujando con cierta frecuencia y en forma más o menos estereotipada, caras tristes y caras alegres. Las tristes con las comisuras hacia abajo y las alegres con las comisuras labiales hacia arriba. Algunos meses después, por dificultades de la familia, tuvimos que reducir las se-siones a dos semanas. Este hecho pareció no tener significa-

do para la niña; ni frío ni calor, ni triste ni alegre, y si lo tenía intentaba negarlo exclamando, en forma totalmente inexpresiva, “aleluya, aleluya”. Intenté mostrarle cómo con su indiferencia no reconocía tantos esfuerzos que había hecho su madre para acompañarla tantas veces y le recordaba verano pasado que estando la madre embarazada y haciendo mucho calor, había recorrido kilómetros muchos días para traerla a la sesión. En aquel entonces, yo solía aprovechar las ocasiones que se me presentaban para recordarle situaciones ocurridas dentro de la sesión, es decir, que habíamos compartido. Por ejemplo: ¿Te recuerdas cuando eras pequeña y en días muy fríos te descalzabas y metías los pies en el agua helada que salía del grifo?” (parecía que me desafiaba o provocaba con tal conducta). La niña parecía primero envuelta en una nube que lentamente iba desvaneciéndose y aparecía cada vez más conectada hasta decir “Sí...”. Empezaba a mostrar interés en tales evocaciones cuando, un día después de un rato de no saber qué murmuraba, llegué a entender la palabra “recuerdo”: ¿Recuerdas qué?”, “¿El primer día?”. Finalmente me pareció entender que se refería al primer día de verme. “¿El primer día de venir a mi casa?” –“Sí”– y entonces empezó, bajo mi creciente sorpresa, y como desengarzando un ensarte de escenas, el despliegue de recuerdos que reproducían un film exacto de lo ocurrido en su primera visita a mi casa: Vino con su padre y su madre, entraron en la sala de espera, ella se sentó en el sofá que hay allí y al lado de su madre. Su papá daba vueltas sin cesar a la mesita que está al centro de la salita. Después pasaron conmigo al despacho grande. Su mamá se sentó en un sillón delante del escritorio y su padre en el otro sillón. Yo me senté en el gran sillón del otro lado del escritorio después de haber sacado unos juguetes del armario y dejado encima del diván para que ella se entretuviera mientras yo hablaba con sus padres.

No se me ocurrió otra cosa que decirle que su cabeza parecía una máquina de fotografiar que guardaba muchas fotos dentro sin revelar. Era impresionante tal despliegue de recuer-

dos y la gran recogida de detalles, que, sin duda alguna, no es propia de una niña de 5 años. Revela una gran hipersensibilidad al primer encuentro con una persona importante. En el fondo nos presenta el enfrentamiento de esta niña al “no mi”. La situación es de: “¡Alerta, que no se me escape nada!” Pero todo ello quedará encapsulado en su mente. Sólo persistirán sensaciones.

En la larga secuencia de situaciones que se sucedieron en esta terapia podemos distinguir en “ralenti” una evolución que coincide con la que hemos señalado en el desenvolvimiento psicopedagógico expuesto anteriormente: distinción y reconocimiento de sensaciones físicas (frío, caliente), conexión de las sensaciones físicas con sentimientos dentro de una relación (transferencial en este caso), sentimientos de tristeza luchando con odio, diferenciación de sentimientos conectados con sensaciones tristes, alegres, etc., y después aparición del recuerdo. El estímulo del recuerdo le lleva a la reconstrucción de situaciones conectadas con el primer encuentro con la terapeuta. Situación esta última que nos muestra la hipersensibilidad frente a cuanto le rodea en el momento del reconocimiento del “no mi” y al mismo tiempo la desconexión de sensaciones e ideogramas con todo sentimiento y situación vivida que hace imposible su integración.

Notemos que el padre en el recuerdo de este primer día aparece dando vueltas, nerviosamente, alrededor de una mesita. Esta imagen de inestabilidad creo corresponde absolutamente a la realidad. (Fue aquel día la única vez que el padre acompañó a su hija a la terapia). Pero también al surgir vacilante del padre en el mundo interno de la niña. Cuando empezó el análisis, la niña ignoraba completamente a su padre, así lo decía la madre. Y la falta de lenguaje o el murmullo con entonación de lenguaje que lo sustituía, parecían confirmar este hecho. Entre niña y madre no había padre ni distancia alguna. Si alguna palabra podía entenderse en el murmullo de la niña era “mamá”, “sí, mamá”, “¿mamá?”, “sí,

mamá”, con diferentes entonaciones. Siempre dirigida a la mamá, pero ésta era ella misma. De modo que en la realidad no hablaba con nadie. Lo curioso es que los niveles de vocabulario que había en los tests que más o menos pudieran aplicarse daban un nivel casi normal. Creo que justamente puede explicarse este resultado por la falta de distancia niña-madre y la gran adhesividad existente. En el lenguaje adhesivo las palabras están realmente pegadas a los objetos o imágenes de ellos, pero no son utilizables en un lenguaje comunicativo.

El autista, al salir de su encapsulamiento, establece relaciones bidimensional y realiza identificaciones adhesivas, verdaderas equivalencias como lo eran las palabras que esta niña habría emitido en las pruebas de vocabulario. La relación de esta niña conmigo fue, la mayor parte del tiempo, bidimensional, y sólo muy avanzada su psicoterapia usó un lenguaje directo, en una relación tridimensional, como hemos dicho. Pero todavía tenía que luchar con un tartamudeo que aparecía en el lenguaje comunicativo.

Hemos evitado, al hablar de la desconexión de las sensaciones con la conciencia de ellas, referirnos a las discusiones sobre la posibilidad de esta desconexión. Por ejemplo, los “cognitivistas” afirman que una sensación o sensaciones-percepción es siempre consciente.

En el momento actual, los amplios conocimientos sobre autismo y sensorialidad no integrada hacen difícil ignorar la existencia de sensaciones no conectadas a la conciencia de ellas. El autismo, por definición, se basa en la substitución del objeto por la sensación (objeto-sensación, objeto autístico, etc.). Y, por otra parte, el estudio de las respuestas sensitivas y sensoriales inconscientes no sólo se ha limitado al autismo, sino que ha seguido en sus canalizaciones hacia el arte y hacia la perversión inconsciente. Ya dijimos que se podía objetar que la falta de vínculo se podía atribuir al ataque del vínculo. Pero

este proceso, fácil de seguir en los procesos regresivos, es más difícil seguirlo en los inicios de su establecimiento, cuando, en la actualidad, se habla de esbozo de concienciación de sensaciones ya en el feto.

Meltzer sugirió una hipótesis que le sirvió para su clasificación de las psicosis en la infancia. Según dicha hipótesis existiría en el feto, incluso antes de los 6 meses, un esbozo de función alfa, una profunción que desaparecería en el último mes de embarazo y en el parto cuando el feto sufre la comprensión de las contracciones de la matriz, y reaparecería después. En la actualidad esta suposición ya no es tan hipotética en cuanto se han seguido respuestas fetales en ecografías seriadas que las muestran (succión del pulgar, rechazo o búsqueda de ciertos contactos, etc.). Una vez en el exterior, sigue diciendo Meltzer, el recién nacido recibirá un verdadero bombardeo de estímulos. Si el niño es normal y encuentra una madre capaz de contener las respuestas del recién nacido, sus descargas de excitación como son el grito, emisión de orina y una verdadera evacuación de elementos beta, entonces se restablecerá la función alfa y el niño escindirá el objeto en bueno o malo según sienta los estímulos agradables o desagradables y entonces la estructuración mental empieza. Pero sino se cumplen estas condiciones, los estímulos recibidos y sensaciones correspondientes no son recogidos por procesos cognitivos, no se restablece la función alfa y las sensaciones quedarán desconectadas del objeto.

En mi experiencia tal desconexión, más o menos intensa, la encontramos con frecuencia, coexistiendo con relaciones de objeto y sus ansiedades correspondientes cosa que lleva un polimorfismo clínico típico de la psicosis infantil (Véase mi artículo en la Rev. Cat. de Psicoanálisis V.7 n.º 1). Esta complejidad y la frecuencia de falta de concienciación de las sensaciones me llevó a preguntarme si todos los pequeños psicóticos eran autistas o postautistas.

La clasificación de Meltzer me fue útil. Este autor diferencia un grupo que descriptivamente denomina de *AUTISMO INFANTIL PRECOZ* y que clasifica en cuatro categorías. Una corresponde al autismo, o postautismo propiamente dicho. Y las otras tres las divide en: desajuste postnatal, atraso primario de la evolución mental y psicosis geográfica o confusional.

En el autismo propiamente dicho, a diferencia de las otras tres categorías en que han intervenido en su origen perturbaciones prenatales y del parto, la causa parece relacionarse con la presencia de una madre perturbante por su intensa depresión que la hace impenetrable al bebé. Estos niños, dice Meltzer, sin antecedentes patológicos, potencialmente dotados para una vida intelectual y emocional normal, ante el sufrimiento que la depresión de la madre les causa interrumpen toda conexión cognitiva y emocional. La prolongación de este estado lleva al autismo y el niño aparece, entonces, sonriente, impenetrable (como su objeto), y desinteresado por la vida mental. En el desajuste postnatal el niño se muestra tan apático que a la madre le resulta difícil sentir interés por él, estimularlo y contenerlo. En los casos de fracaso primario de la evolución mental encontramos una predisposición del niño y un fracaso de la contención por parte de la madre que puede venir precedida por un desinterés de ésta durante el embarazo por el niño que lleva dentro, careciendo de toda vida fantasmática que la una a su hijo. En las psicosis geográficas o confusionales encontramos una buena inteligencia pero una ineducabilidad como en los atrasos evolutivos pero en ellos no encontramos la historia patológica del parto, ni a la madre poco continente y que desconoce a su hijo, sino a una madre vital pero que desaparece con demasiada frecuencia. El trato desigual que recibe el niños y la obertura con que se entrega la madre en los momentos dedicados al niño hace que éste se introduzca en ella y establezca diferentes identificaciones intrusivas y proyectivas con ella. Creo que las circunstancias sociales actuales con la ocupación de la madre favorecen esta cla-

se de psicosis. Especialmente en niños que por su fragilidad física o dificultades motoras necesitan más contención.

La clasificación de Meltzer, a veces, no es tan clara como podría suponer su exposición. Sobre todo en los casos en que coexiste alguna lesión cerebral, sobre todo si ha pasado desapercibida, con las conductas externas que hemos expuesto. Así puede ser difícil determinar en un principio, si hay un predominio de atraso mental o confusión geográfica.

La falta de diferenciación self-objeto y de distancia madre-niña que describimos en el caso anteriormente presentado, no sólo lo encontramos en autistas, sino en niños que no son clínicamente psicóticos pero que presentan aspectos autísticos importantes, y en general, en niños en que el autismo coexiste con relaciones de objeto y distintos niveles relacionales e intelectuales. En estos casos se hace a veces difícil reconocer la indiferenciación del niño.

Hace algunos años una buena psicoanalista me habló del problema que tenía en el análisis de un niño de 12 años, inteligente, que llevaba más de un año en tratamiento y que paulatinamente había dejado de hablar. Nunca había sido muy comunicativo pero últimamente había suprimido sus saludos cumplimentosos y cariñosos y la analista se enfrentaba con unas actuaciones y manejos de material a veces muy difícil de comprender. Me presentó una sesión de un Lunes. No recuerdo si correspondía a un fin de semana más largo de lo habitual, creo que sí. La analista conectó el ligero atraso de su llegada y uso especial del material a la interrupción del tratamiento. La interpretación parecía muy razonable y nada agresiva. El niño se dirigió al interruptor y apagó la luz. La analista le dijo que con el apagón parecía confirmar su interpretación. Lo había dejado a oscuras sin sesión, sin su presencia ni interpretaciones. El niño apagó de nuevo la luz. Tuve la impresión al exponerlo, que todo cuanto le decía la analista acerca de la separación de los dos, chocaba dentro del niño con una oscuridad total. La analista intentó conectar esta separación con

otras anteriores. Entonces el niño se metió debajo del diván y no teniendo bastante con esta separación suya, tiró del colchón de encima del diván y con el tapó toda comunicación con el exterior. Este aislamiento se mantuvo un rato y después empezó a rasguñar el techo de su escondite, es decir, la plancha de madera de la base del diván. Creo, de acuerdo con María Pagliarani (1986), que esta conducta es muy típica del autismo y es el resultado de la lucha entre el repliegue en el que se encierra huyendo de las ansiedades catastróficas de diferenciación del objeto y las ansiedades claustrofóbicas que tal repliegue o encapsulamiento provoca. Frente a la demanda de la terapeuta o simplemente frente a la evidencia de la existencia de ésta o éste, el autista se encapsula, se repliega, pero al rato vuelve a abrirse.

A pesar de los niveles intelectuales tan diferentes de la niña que hemos expuesto anteriormente y este muchacho, llegamos en los dos casos, a una situación de gran oscuridad, a un verdadero agujero en el mundo interno en cuanto a la existencia de objeto interno diferenciado y en cuanto a conocimiento de separación del objeto. La diferencia es que en la niña llegamos a él después de una evolución en la concienciación de sensaciones y sentimientos y en el muchacho después de una regresión provocada por el mismo proceso analítico y quizás por la incomprensión de las ansiedades catastróficas de su parte psicótica. En la niña apareció el agujero desplazado al cuerpo y diríamos que ella provocaba la aparición física de éste mediante rasguños y lesiones, para poder proyectar en él, el agujero mental. En el niño apareció en el material pictórico y en forma simbolizada.

El concepto de agujero de Tustin: “existencia de agujero donde debería estar el objeto”, y los de posición autística de Marcelli (1983) y de posición autística contigua de Ogden (1989), los encontramos citados con frecuencia. Esto no impide que a veces existan “agujeros” respecto la existencia de tales conceptos.

La indiferenciación self-objeto nos lleva a otras indiferenciaciones como las de mundo externo y mundo interno y a otras. La diferenciación y comprensión de continente y contenido puede ser difícil.

Un niño de 6 años afecto de PC con un lenguaje gramatical, empieza una psicoterapia por su agresividad y conducta desconcertante en la clase. Después de varios meses de tratamiento con una conducta estereotipada, y provocando, más que pidiendo, que la terapeuta dibujara lo que le pedía, parece aceptar mejor la actitud de la terapeuta, y a ésta a través de la diferenciación de sus manos. Aparece interés creciente acerca de los coches. Su conducta fuera y dentro de la sesión se limita a preguntar a las personas con que contacta, por su coche. Inevitablemente pregunta a la terapeuta, dónde ha dejado su coche y si en su garaje hay otros. Da toda la impresión de que el coche es la terapeuta misma y pregunta si ella, como mamá, tiene otros cochecitos-niño dentro. Pero esta posible fantasmaticización se ve dificultada por la comprensión o aceptación de contenidos mentales y somáticos y tener que recurrir a los coches (o garaje) dentro de los cuales, como dentro del de su papá podría estar él. El autista o postautista como el párvulo pequeño sólo distingue fachadas de las personas que le rodean y al principio sólo existen cuando están en su presencia. Este niño necesitó que la terapeuta y él pudieran ir construyendo el dibujo del coche en sesiones sucesivas y una participación progresiva de él, en la realización del dibujo. Éste fue definiéndose en un perfil del coche con el chasis encima de las dos ruedas. La terapeuta lo aprovechó para recordarle que ellos también eran dos como las ruedas del vehículo y constituían un solo conjunto cuando dibujaban lo mismo. Para dibujar las ruedas el niño tuvo que vencer un temor que parecía estar relacionado con el miedo que la redonda que iba a trazar englobara el dibujo y el coche desapareciera. Creo que el temor correspondía a englobar y destruir la unidad dual niño-objeto.

Otra niña, algo mayor que este niño, y también afecta de PC muestra una dificultad análoga en reconocer el contenido. Esta niña a pesar de tener lenguaje evitaba toda comunicación directa. Después de los fines de semana traía notas, al Centro de P.C., escritas de su madre respecto a lo ocurrido en casa y viceversa, la niña pedía a las educadoras en el colegio que anotaran en un papel lo que le sugerían dijera a su madre. Era inútil insistir en que transmitiera un mensaje verbalmente, ella se limitaba a llevar los mensajes escritos de un sitio a otro.

Empezó una psicoterapia de dos sesiones semanales y después de unas semanas de sesiones muy pobres, un día la niña empezó la sesión diciendo: “Voy a dibujar un muñeco”, ¿”una niña”?-preguntó la terapeuta. La niña le miró extrañada (hacía pocos días que la terapeuta en lugar de hablarle en tercera persona hablaba de “Tú y “Yo”), y al lado de la muñeca-niña añadió otro personaje. Éste era sólo una línea saliendo de una cabeza con mucho pelo. “¿Esta soy yo?” - preguntó la terapeuta dándose palmaditas y golpeándose el pecho. “Sólo hay una línea, ¿no tengo nada?, ¿No hay nada, nada, en mi cuerpo?”. “Sí”-contestó- “el cuello”. Y dejó lo que hacía y empezó otro dibujo. Resultó ser un coche y dentro de él marcó dos puntos. “¿Qué son estos puntos?” “Somos tú y yo” - contestó la niña. “¿Tú y yo dentro del coche como estamos dentro de la habitación?” -inquirió la terapeuta. La niña que había dejado de dibujar sacó un cochecito del cesto de los juguetes y dijo que ponía el freno. Es interesante notar la falta de espacios dentro del cuerpo de la terapeuta en el dibujo que hace la niña. La cabeza solo tiene pelos. Al preguntarle si su cuerpo tiene algo más la niña contesta: “Sí, el cuello”.

El cuello, en efecto, es una conexión, pero, ¿conexión con qué?. Parece que, como el niño anterior, tiene que recurrir al coche para evocar un continente con contenido. En el niño el coche se convertía defensivamente en un equivalente de objeto-niño (internamente self-objeto), un solo continente con dos cuerpos o dos cabezas-ruedas iguales (¿madre con dos

pechos u objeto combinado?). La niña creo que ha intentado con el coche completar el “tú y yo” que estaba dibujando y que la negación o el rechazo de espacio interno, de contenido, le impedía hacerlo, y que al recurrir a los frenos sería para impedir que la idea o esbozo de idea de contenido, se desvaneciera (¿ataque al continente-terapeuta-coche?). Podemos pensar que la lucha entre huida o intento de vivir la relación continente-contenido es propia de los niños de PC por su dificultad de construir su esquema corporal y vivir el espacio recorriendo distancias. Es posible que el problema físico lo facilite, pero, sin duda alguna, lo encontramos en todos los problemas de estructuración mental precoces que en un principio están vividos en el cuerpo enfermo o no enfermo, con los correspondientes trastornos de esquema corporal y de identidad.

La indiferenciación de objeto en niños en que ésta coexiste con relaciones de objeto más o menos evolucionada es difícil de comprender, sobretodo les resulta difícil a los educadores. No obstante esta coexistencia en distintos niveles es corriente. Si les cuesta comprender la existencia de un mundo interno más difícil les será entender que este mundo tiene agujeros. ¿Cómo aceptar que el niño no les reconoce si les llama por su nombre?. Les será más fácil darse cuenta de la poca conciencia que el niño tiene de sí mismo y a través de ello comprender mejor la indiferenciación que tiene con el objeto. Esta indiferenciación con la falta de distancia entre self y objeto, la encontramos en los casos de relación adhesiva que muchas veces da muestras externas de existir al estar realmente pegado a la madre.

Un niño de 7 años, según la maestra inteligente pero con un ligero tartamudeo, vive materialmente pegado a la madre. Ésta recurre a una psicoterapeuta porque el niño no la deja vivir siguiéndole por todas partes, sobretodo desde que dio a luz a un nuevo hijo, una niña de cerca de un año.

En la primera sesión de una psicoterapia de dos sesiones semanales, el niño dibuja dos casas que corresponden al modelo de primera casa que suelen dibujar los niños: rectángulo con una puerta y dos ventanas y tejado triangular encima.. Las recortó cuidadosamente y después de embadurnarlas de pegamento, pegó una contra la otra. Creo que no podía ser más explícito.

Entre “él” y “el otro”, la terapeuta en este caso, no existía espacio alguno. En las sesiones siguientes mostró de nuevo su adhesividad. Pocas semanas después de empezar el tratamiento, la terapeuta me pidió una supervisión y me presentó además de la primera sesión, dos sesiones más, una que hizo pocos días después y la última sesión. En la primera de estas dos sesiones estuvo maniobrando con la hoja entera hasta dejarla simplemente doblada formando un ángulo diedro abierto que dejó apoyado encima de la mesa y después encerró el espacio triangular del diedro con una fachada pero dejando tal espacio sin techo. Entonces empezó a coger muñecos de la caja, unos los metía y sacaba del espacio cercado, por la abertura superior sin techo y otros intentaba introducirlos a través de la puerta de la fachada. Estos últimos parecía que podían permanecer dentro del recinto pero algunos de ellos tenían mucha dificultad en entrar. Parecía que con su actuación externalizaba las dificultades de introyección (a la madre con el cochecito, por ejemplo, le era muy difícil introducirla) y las de diferenciación dentro y fuera. En la última sesión el niño estuvo intentando toda clase de relaciones entre los muñecos poniéndolos unos encima de los otros y abandonando los sucesivos intentos por dificultades de equilibrio. Así, empezó colocando encima del padre al hijo, y en un brazo de éste la madre con el bebé. Empezó a presionar la columna y el hombre de la base se cayó. Intentó entonces reconstruir la misma columna pero poniendo la madre y el bebé encima del niño pero tampoco el padre pudo aguantar. Entonces sacó a éste e intentó otras combinaciones pero finalmente las únicas que

tuvieron éxito fueron las de niño y madre juntos. El problema que tenía la terapeuta en el momento de consulta no era ni con la madre ni con la maestra. La madre, le dijo, que estaba encantada con los cambios que había experimentado el niño, parecía un milagro. Y la maestra encontraba que el chico tartamudeaba menos y había mejorado la relación con los otros niños. Pero la terapeuta sentía que no podía intervenir y que cualquier explicación que pedía al niño, éste se limitaba a decir: “Mira que hago”.

Creo que la terapeuta estaba realmente fascinada por el material del niño y que el cambio rápido de éste, se debía a que había desplazado la relación adhesiva con la madre a la terapeuta, con la diferencia que ésta no sólo lo aceptaba sino que la llenaba de admiración hasta el punto de inmovilizarla. No creo que fuera fácil hacer comprender al niño que lo que estaba haciendo a través de su seducción era mantener un tipo de relación primaria con la terapeuta en el que el niño y objeto “hacen uno”. Pero era indispensable hacerlo, cosa posible si la terapeuta comprendía qué estaba ocurriendo. Por otra parte, es muy posible que la aceptación del niño sin forzarlo a un reconocimiento de la terapeuta y de ataque a la relación, fuera útil. Por lo menos parecía haberlo sido externamente (3).

En el caso que nos ocupa, la presentación esquemática que hemos hecho del material de las sesiones revela una evolución interna del tipo de relación. En las primeras sesiones sólo existían fachadas pegadas, a las pocas semanas aparecen intentos de limitar un espacio y de establecer vínculos entre el “dentro” y el “fuera” y al mismo tiempo anularlos y últi-

(3) Lore Schacht en su artículo sobre elasticidad del setting publicado en el Boletín 38 de la F.E. de Psicoanálisis se refiere a una actitud expectante y permisiva antes de interpretar la situación del niño, y recuerda que Winnicott insiste en dejar vivir la regresión, no sólo interpretarla.

mamente muestra la externalización de un diálogo entre diferentes objetos internos. En la última sesión el padre está presente y también el deseo de inutilizarlo y sustituirlo de modo que está tratando de establecer una relación triangular y elaborar la posición depresiva. En este momento la inmovilización transferencial es un obstáculo y hay que acercar al niño el hecho de que el problema esté ahora en la terapia e interpretar el problema transferencial. En general podemos decir que el rechazo que el niño pueda hacer de interpretaciones de sus identificaciones proyectivas hay que tenerlas en cuenta pero no es motivo suficiente para hacer marcha atrás y volver a una relación más o menos simbiótica. Las retiradas autísticas frente a interpretaciones de separación y diferenciación transferencial, sí que nos obligan a esperar y utilizar otros enfoques. Pero en la terapia de este niño no ha habido ninguna retirada autística. Creo que mientras iba elaborando el camino que ha seguido la parte más evolucionada de él, ha ido actuando en la transferencia la parte más indiferenciada hasta llegar el momento en que su Edipo no puede seguir adelante bloqueado por la inmovilización de la terapeuta que él mismo ha provocado.

El Dr. José O. Esteve, hablando de actitudes convenientes del psicoterapeuta en un artículo que está en prensa (Quaderini de Psicoterapie Infantile) dice: "intervenir de manera que el paciente te sienta cerca pero no idéntico, en un pequeño cambio emocional-intencional que reduzca la agresividad sin negarla y que afirme un punto de vista con firmeza, pero sin exigencia, que sea flexible para modificarse cuando el paciente lo hace..." Si el terapeuta está presente, comprende y es respetuoso con el nivel relacional del niño posiblemente se movilizarán las ansiedades catastróficas bloqueadas, ansiedades que primitivamente fueron ignoradas.

Recordemos que en la presentación del niño que hizo la madre, en la primera visita, atribuía los problemas del hijo a que lo había rechazado. El padre negaba la autoacusación de

la madre pero ésta insistía en que ella se había esforzado para superar tal rechazo pero había sido algo muy profundo. Esto hace pensar que la culpa y los esfuerzos para que el rechazo no afectaran al niño habían llevado a la madre, a estimular al niño en tal forma que habían creado un Yo precoz, cuando todavía el niño necesitaba “un claustro postnatal”.

Tustin ha insistido en la importancia de este claustro postnatal y en su fracaso como causa del autismo. El niño necesita una madre continente en los primeros meses de la vida, es decir, que no sólo le cuide físicamente sino que comprenda sus ansiedades y las viva por él en una simbiosis evolutiva. El concepto de “reverie” de Bion, desde otro vértice, con la necesidad de que la madre se haga cargo de las necesidades del bebé y las haga más “digeribles” a éste, apunta en esta misma dirección. M. Klein y otros autores han señalado la precocidad del Yo, como causa de psicosis y cuando en su famoso trabajo sobre La importancia del proceso de simbolización en el desarrollo del Yo exponía su parecer de que la psicosis infantil era mucho más frecuente de lo que se creía, advertía de la necesidad de seguir investigando pero sin separarse nunca de la clínica. En el último número de la *International Review of Psycho-Analysis* (otoño 1992) se publican unas cartas de Freud a Joan Riviere, en las que más de una vez Freud hace alusión a las discusiones existentes en aquél entonces entre A. Freud y M. Klein, discusiones que en cuanto se refieren a actitud del terapeuta se acercan en algún punto a lo que estamos planteando ahora.

Pues bien, lo que dice Freud, cuando se abstiene de tomar partido, es: “El análisis de niños es todavía muy joven” y creo que con ello invitaba a esperar y seguir elaborando. Ahora el análisis de niños ya no es tan joven pero debemos seguir elaborando lo nuevo y lo no tan nuevo. Teniendo en cuenta que lo nuevo abre caminos desconocidos pero también plantea dudas.

Nunca como ahora se había hablado tanto de “vértices” y de nuevos enfoques de conceptos antiguos. Es verdad que ello crea a veces confusión con nuevas terminologías pero también es verdad que abren nuevos caminos hacia los cuales dirigir nuestra curiosidad analítica. Posteriormente la experiencia cuidará de desbrozarlos y poder proseguir el interminable sendero de la investigación clínica.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W.R. (1967) *Psychotic and non personality. Second Thoughts.* W. Heinemann. London y en *Int. J. Psychoanal.*, V. 38, 3 y 4, 1957.
- BION, W. R. (1967) *Attacks on linking. Second Thoughts.* W. Heinemann. London y en *Int. J. of Psychoanal.*, V. 40, p 5 y 6, 1959.
- COROMINAS, J. (1989) Polimorfisme clínic de la psicosi en l'infància en Psicopatologia i desenvolupament arcaics. *Espaxs, Barcelona 1991 y en Rev. Cat. de Psicoanal.*, Vol VII. 1, 199.
- ESTEVE, J.O. (1992) *Discusión para la aplicación técnica... Quaderni di Psicoterapia infantile (en prensa) Roma. Peruggia.*
- FREUD, S. (1924) *Neurosis and Psychosis. Standar Edition, V.XIX.*
- FREUD, S. (1911) *Formulations on the two principles of the mental functioning. Standar Edition V.XII, p. 218.*
- FREUD, S. (1900) *The interpretations of dreams. Standar Edition, Vol V., Cap. VII.*
- KLEIN, M. (1928) *Early stages of the Oedipus conflict. Contributions to Psychoanalysis.*
- KLEIN, M. (1930) *The importance of symbol formation in the development of the ego. The Writings of M. Klein, 1, 219. The Hogar Press. London.*
- MARCELLI, D. (1983) *La position autistique, hipotèsis Psychopatologiques et Ontogénétiqes. Psychiatrie de l'enfant, XXVI, 1.*
- MELTZER, D. (1983) *Maladie Psychotique dans la Petite Infance, Lieux de L'enfance 3, Toulouse 1985.*
- OGDEN, T. A. (1989) *On the concept of an autistic- contagious position, Int. J. of Psychoanal, Vol. 70, p. 1.*
- OGDEN, T. A. (1983) *El concepte de relacions objectals internes, Rev. Cat. de Psicoanal.*, Vol. 64,2.

- PAGLIARANI (1986) Strategie delle difese autistiche. Actes del Seminario: Il bambino psicotico...Pierre Lengi Lubriani, Editora, Bergamo.
- PIAGET (1984) L'inconscient afectiu i l'inconscient cognitiu. Rev. Cat. de Psicoanal., Vol I, n.º1.
- RESNIK (1988) Les identifications del cos. Rev. Cat. de Psicoanal., Vol. V. n.º2.
- SCHACHT, L. (1992) The elasticity of the setting. Psychoanal in Europa. Bulletin (E.P.F.) 38.
- SEGAL, H. (1957) Notes on symbol formation, Int. J. of Psychoanal. 38.
- TUSTIN, F. (1981) Autistic states in children. Routledge and Kegan, Paul, London.
- WINNICOTT, D.W. (1984) Metapsicological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set up. Collect papers: Though paediatrics to psychoanalysis, Tavistock, London.

LA PSICOTERAPIA EN NIÑOS CON PATOLOGÍA NARCISISTA*

Paulina F. Kernberg**

Voy a hablarles del esquema que actualmente utilizo para trabajar con problemas de tipo narcisista y lo que pensaba compartir con ustedes es mi posición sobre el espectro que va desde el narcisismo normal infantil, pasando por el narcisismo patológico y el narcisismo más grave, que es el narcisismo con problemas antisociales y las conductas antisociales, hasta la personalidad antisocial propiamente tal. Es importante hacer esta diferenciación porque el tipo de tratamiento es distinto para los diferentes puntos de este espectro.

Es difícil hablar de tratamientos sin tener un campo común en cuanto al diagnóstico, así que, en segundo lugar, voy a hablar de las características diagnósticas de la personalidad narcisista o narcisismo patológico, con algunas extrapolaciones al narcisismo con rasgos antisociales.

Me preguntarán qué tiene que ver lo uno con lo otro: actualmente las encuestas que se han hecho en cuanto a la relación entre personalidad antisocial y personalidad narcisista, parecen ilustrar, cada vez con más convicción, que todos los

*Texto obtenido de la grabación de la Ponencia presentada el día 2 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.

**Psiquiatra y Psicoanalista. Dirige el Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Universidad de Cornell (New York).

niños que tienen estructuras y conductas antisociales tienen, de base, una personalidad de tipo narcisista, y ese es el puente que voy a elaborar.

Voy hablarles de la grandiosidad, del Yo grandioso de estos chicos, de las relaciones de amistad, del juego, de la angustia de separación que existe en estos chicos, del perfil académico que tienen, de los problemas de integración del SuperYo, que es justamente donde enlazan las conductas antisociales, de los tipos de defensas que utilizan estos chicos, y voy hablarles también de aquellos pacientes adolescentes con personalidad narcisista hospitalizados, de algunos hallazgos que hemos hecho observando las características de estos adolescentes ya en el hospital y voy a hablarles finalmente de los tipos de transferencia y también de los tipos de contratransferencia, al trabajar con estos pacientes. A medida que voy hablando de estos puntos descriptivos, voy a tratar de ligarlos con cuestiones de técnica, es decir, enlazar lo teórico-descriptivo con lo técnico.

En primer lugar, el problema de la personalidad narcisista en chicos debe diferenciarse del narcisismo normal de los niños, que es tratable, es enfrentable, en el sentido de que a pesar de que el niño pequeño (de tres años, cuatro años, voy a empezar desde esa edad hacia adelante) tiene necesidad de ser el centro de atención, de estar concentrado en sí mismo, de tener ideas grandiosas, de ser Superman por ejemplo, el chico con narcisismo normal es capaz de depender y de aceptar su relación de dependencia. Y, al mismo tiempo, no necesita ser continuamente el centro de atención, una vez que ya no es el centro de atención puede seguir funcionando bastante bien y tampoco necesita despreciar, desvalorizar y envidiar a los otros niños que están a su alrededor.

Además, el narcisismo normal implica que el chico tiene, en cierto nivel, una apreciación de sus capacidades reales y que está siempre tratando de llegar a ser su ideal, o sea, que

hay una diferencia entre el self actual y el self ideal. El chico sabe que no es Superman pero al mismo tiempo puede jugar a ser Superman o puede hacer ejercicios y trabajar para ser atleta y tener muchos poderes.

En contraste, el niño que tiene narcisismo patológico no posee esta diferencia. Así, por ejemplo, un caso que fue el primero en la serie de chicos que hemos estado tratando. Este niño, que tenía ocho años y medio, se presentó a su terapeuta diciendo que él era SuperMauricio y estaba totalmente convencido de que él era SuperMauricio y que la gente lo tenía que tratar de esa manera. Y sólo en el transcurso del tratamiento empezó a establecer que él era Mauricio y entonces creó un amigo imaginario que era SuperMauricio y después, al final, no necesitó el amigo imaginario, el SuperMauricio desapareció y él se dio cuenta de que, por ejemplo, si quería ser el primero en natación, tenía que practicar y aceptaba esa necesidad.

La estructura del Yo grandioso es como un hidrocéfalo psíquico en el cual hay una coalescencia de lo que es el chico realmente, lo que es su ideal de sí mismo y el ideal del objeto importante, o sea, es SuperMauricio y al mismo tiempo es el padre o la madre a quien él admira. Esto tiene varias implicaciones porque una de las metas del tratamiento es tratar de disolver esta estructura, digamos, hidrocefálica que existe, en sus componentes. Que el chico sepa lo que es y lo acepte con sus aspectos positivos y negativos y, al mismo tiempo, que pueda aceptar tener ideales en los adultos de su vida, empujando por los padres y también aceptar esta diferencia que les mencionaba antes entre lo que le gustaría llegar a ser y lo que es en la actualidad.

El chico que tiene problemas de narcisismo patológico posee, como el adulto en la misma problemática, un Yo grandioso, tiene necesidad de ser el único, es el centro de atención, no tiene ninguna gratificación por sus logros escolares o

personales. Estos niños no tienen la capacidad de sublimación que tiene el niño normal; un chico con narcisismo normal que saca la mejor nota en el colegio, está contento y feliz con esto y eso lo estimula a hacer más; en cambio, muchos de estos niños tienen un coeficiente de inteligencia bastante alto, pueden ser el primero de la clase, pero ellos, si son los primeros de la clase, es porque eso les permite ser el centro de atención, ellos no están interesados por aprender, comprender, y realizarse, sino que eso es una excusa para llamar la atención de los otros.

Por ejemplo un chico de once años que me tocó ver, sacó un diploma por haber hecho un trabajo en el curso de literatura, y cuando vio que su compañero de al lado también había recibido ese diploma, qué el no era el único, entonces procedió a destruir su cartoncito, y ya no le significaba nada.

Este Yo grandioso va a ser una de las metas del tratamiento, que vamos a describir con más detalle a medida que veamos otras de las características, que van también a formar parte de nuestra técnica de aproximación a estos chicos.

Estos niños tienen tres características, que son específicamente comunes, y qué son agregados a las características descriptivas del narcisismo de adultos.

1.-Es el aspecto de evitar el contacto visual: ustedes saben que es una de las características del autismo el no establecer contacto visual y que es uno de los problemas que enfrenta el terapeuta. El único otro caso de evitar contacto visual que yo conozco son los niños con personalidad narcisista y también con personalidad antisocial. Los niños con personalidad antisocial, porque mienten, y entonces no lo miran a uno a los ojos, eso es comprensible. Pero, en el caso de los narcisistas ¿porqué estos chicos no tienen contacto visual?. En un trabajo que está recogido en vídeo se ve el desarrollo de un bebé descrito por la Doctora E. Broussard, de Pittsburg, un niñito que se le ve a intervalos, a los nueve meses, un año y

medio, dos años y medio, cuatro años y medio; y se ve sistemáticamente cómo este niño no mira a mamá a los ojos. No es autista, pero tiene una depresión, se ve serio, apático, no juega y el hecho de que reaccione así está dado porque la mamá no está en contacto psicológico con él. Como diría Winnicott no lo refleja, está emocionalmente no disponible y entonces este chico ha aprendido a tener sólo un contacto físico, táctil con la madre, pero nunca la mira a la cara porque es muy doloroso encontrarse con alguien que no lo ve a uno, que no le reconoce a uno.

Alguno de ustedes que haya visto la película “La Familia”, en que se ve a un tío que llega a jugar con un chiquito y dice -”tengo un juego para jugar”- y el juego consiste en que el tío no lo ve, no lo reconoce y en tres minutos ese niño de unos 8 ó 9 años rompe en llanto. El no ser reconocido es una fuente de gran angustia y dolor y estos chicos, yo creo, no miran al terapeuta por esa razón. Debe, entonces, ser parte de la aclaración del significado de esta conducta, la interpretación del por qué pudiera el chico estar evitando ese contacto con el terapeuta.

2.-El segundo punto específico en relación al narcisismo patológico es el juego. Nosotros hemos estado estudiando las diferentes formas del juego en diferentes patologías y, en este grupo de niños, hay algo muy interesante en común. En primer lugar es que el niño entra a la sala de juego y está aburrido, no hay nada interesante, nada de valor. Recuerdo que había comprado unos juguetes fantásticos para este chico, que me habían dicho que era muy inteligente, y él me hizo sentir, como ustedes saben, en los mecanismos narcisistas, la devaluación hasta el punto cero. Pero lo que pasa es que cuando el chico empieza el tratamiento psicoterapéutico, este aburrimiento representa una inhibición del juego y, cuando el chico empieza a jugar, el juego adquiere proporciones psicóticas en lo que se refiere al contenido de la agresión.

Estos niños son los únicos que yo me he encontrado que desmembran los brazos, las piernas de las muñecas, que pinchan y destruyen el contenido de las muñecas y a uno le choca porque parece un niño muy inteligente, con alto nivel de racionalización y, de repente, empieza a jugar de esta forma horrorosa. Son los únicos chicos también, en contraste con otros, incluso con los niños fronterizos, que no juegan con dos bandos, los buenos y los malos, los indios y los cowboys. Aquí hay un agente que es el masacrador que destruye a todos los soldados.

Yo tengo un chico que justamente hacía estas masacres. Mi mesa de juego era circular y entonces yo le dije “qué triste todo esto, ahora no queda nadie en el mundo” (esto era a la mitad del tratamiento) y él me respondió: “no te preocupes, al otro lado del mundo todavía queda la China y Latinoamérica y hay todavía gente viva”. Era una indicación de que estábamos haciendo algún progreso.

Así es, pues, el juego de estos chicos. Es muy importante, en relación al juego, que el terapeuta pueda empatizar con esta agresión, con esta destructividad tan intensa y que no trate de minimizar y, en ese sentido, es importante también que el terapeuta use su empatía no sólo respecto al sufrimiento (estos chicos sufren mucho y son sensibles) sino también en cuanto a la agresión que se ha desarrollado y que está latente, en estos chicos que tienen una experiencia de desarrollo con sus padres de lo que llamaba Rinsley un autor americano, una despersonificación, en la cual el chico no está considerado por sí mismo, sino que está considerado como un apéndice de sus padres.

Otra cosa muy interesante en estos chicos es al mismo tiempo, algo paradójico. La paradoja está implícita en el propio Yo grandioso, porque la escisión del self de estos chicos, no es en bueno-malo sino en Yo grandioso - Yo vulnerable. Como tiempo, este niño de 9 años que era el sabelotodo no se atre-

vía a quedarse, por un rato siquiera, solo en su casa. Siempre tenía angustia de separación un poco distinta a la angustia que vemos corrientemente, porque el chico era muy prepotente. Muchos de estos chicos van al colegio, se separan superficialmente, pero la madre siempre queda con una angustia y con una aprehensión de que algo terrible va a pasar y que el chico no puede sobrevivir sin ella. Eso lo descubrí en un chico, uno de mis más pequeños casos: un niño de cuatro años que, cuando llegaba a la consulta, la mamá entraba tras él como magnéticamente, y el niño ni siquiera la miraba. La mamá estaba en la sala, el chico nunca la miraba, no había contacto visual, era como si le importara un comino que la madre estuviera en su sala y, sin embargo, la madre debía estar en la sala. Es así como descubrí que estos chicos se quedan en casa, que no pueden ir a campamentos, que no pueden salir con otros chicos por la noche, pero todo esto está racionalizado y escondido detrás de este Yo grandioso. Es muy importante tener presente esta circunstancia.

Descriptivamente en estos chicos también hay una depresión marcada. Estos chicos se presentan en tal forma que inicialmente uno trata de librarse de ellos, porque son muy desagradables y muy controladores. El caso que ilustra este punto fue una niña de 10 años que era conocida por todos los psicólogos de su distrito escolar, que la encontraban el azote de los colegios.

Había pasado por cuatro colegios porque nadie podía tolerarla. No la podían tolerar porque gritaba, tenía ataques de rabia terribles, hacía sentir a las profesoras que eran todas unas idiotas y, de las compañeras y compañeros, ninguno quería sentarse junto a ella.

Todo esto era de tal intensidad que los padres, a solicitud de las profesoras, la trajeron a mi consulta. Esta chiquita era también tan envidiosa de su mamá, que cuando se cambiaron a una casa nueva y la mamá quería mostrarle a sus amigos la

casa, ella, mientras la mamá iba por la casa con su amiga, enseñándosela, antes de que llegaran al baño, ella se orinó por todo él, dejándolo en un estado terrible. Así le echaba a perder el gusto a la mamá por estas cosas. Todo esto sin ser abiertamente psicótica, era una niñita que tenía su sentido de realidad, ella era consciente de ser agresiva, no sabía por qué, pero se daba cuenta que estaba siendo el azote de su familia también.

Llegaron a mi consulta y (yo hago una entrevista con toda la familia porque me he dado cuenta de que hay muchas conductas no verbales que se pueden conocer más efectivamente si uno tiene una o dos sesiones con la familia jugando, y conversando) cuenta que esta niñita -la voy a llamar Carmen- empezaba a denigrar a su papá y a insultarlo tanto que yo me sentí molesta. Entonces le dije: "Sr. Pérez, ¿usted se da cuenta de como le está tratando?, ¿qué le parece a usted?". Esta niñita, que tenía una inteligencia bastante alta, me miró y se dio cuenta de que yo estaba tratando de clarificar esta interacción tan negativa. Lanzó un grito -diría más bien un alarido- que llegó hasta la casa de al lado y salió gritando de la consulta. En diez años que yo tenía mi consulta en esa casa -una casa particular-, era la primera chica que salía de esa manera de mi consulta. Me dijo: "usted es una porquería! usted no sirve para nada! yo no vengo más a perder el tiempo aquí". Por supuesto, no me sentí muy bien, mi autoestima bajó casi a cero y pensé que no la iba a ver nunca más. Diez meses después, vienen los padres y me dicen que quieren consultar conmigo, que Carmen quiere verme en tratamiento. Yo les dije: - "¿ustedes están seguros de eso?". Resulta que ella volvió porque, de alguna manera, se dio cuenta, por lo que me dijeron los padres, de que yo había sido la única persona franca con ella.

¿Cual era la franqueza que ella veía?. Era que yo era la única persona que había decidido venir a trabajar en eso.

Volveré a hablar del Yo grandioso en la técnica, pero quisiera hablar también del problema de los mecanismos de defensa de estos chicos. En este tipo de niños, que son todos muy parecidos, una vez que uno hace el diagnóstico, lo primero con que se enfrenta es la devaluación, que es una devaluación caricaturesca. Ahora yo estoy tan acostumbrada, que me sonrío porque ya sé lo que van a decir, estoy preparada. Pero cuando uno no está preparado, sentir esa devaluación es una experiencia. Mi primer caso de análisis fue un adulto narcisista. En aquel tiempo este diagnóstico no estaba muy clarificado y aquel era un caso que me había sido presentado como una personalidad histérica.

Tenía rasgos de personalidad histérica pero era un caso de personalidad narcisista, y era mi caso de supervisión. Entonces me decía: “mire, yo sé qué soy un caso control” (porque esto era en un pueblo pequeño, del medio Oeste de los Estados Unidos, allí donde los pacientes podían saber que estaban siendo tratados por estudiantes) “yo voy a controlar su carrera”, “voy a destruirla y voy a interrumpir mi tratamiento”. Y, la verdad sea dicha, interrumpió su tratamiento, yo tuve una reacción psicosomática, estuve tres semanas enferma con la gripe y utilicé esos tiempo para autoanalizarme, y para escribir el caso.

La verdad es que me hizo sentir que yo no servía para nada, que mejor dejaba mi intención de llegar a ser psicoanalista y qué realmente era estúpida. Esto realmente lo pensé y seriamente consideré renunciar, el primer caso de control con esta experiencia traumática. Sin embargo, mi análisis sirvió para ver que esto era la impactación de la parte vulnerable del ser de la paciente, con la cual yo me había identificado. En otras palabras, el mecanismo de identificación proyectiva, en el cual el paciente proyecta sobre el analista y el analista asume lo proyectado como si fuera propio. Por eso es muy importante, cuando uno trabaja con estos pacientes, tener alguien que sea su asesor, su supervisor, que le permita extraerse de esta implantación de lo proyectado.

Algunos años después llegó un supervisado mío en el instituto (ya los años habían pasado) y me dijo: “yo tengo un chico que tiene ocho años y medio...”, (era el super Mauricio del que les hablé), “ yo le tengo terror porque, cada vez que lo veo, él me hace sentir estúpido, me da unas fórmulas en el pizarrón que son totalmente,...no las puedo contestar y me dice: “porqué usted, Doctor X (este caso está publicado también) no sabe, usted es estúpido...” y, de repente, me doy cuenta de que el chico es así de pequeño...”. Esto me pareció particularmente interesante porque este doctor es un hombre muy inteligente, muy autoafirmativo, y verlo tan atribulado con su chico, me hizo pensar que, a lo mejor, estábamos tratando con un chico con personalidad narcisista.

El trabajo con este chico fue interpretar el Yo grandioso. Pero, ¿cómo interpretarlo?, eso es fácil de decir pero más difícil de hacer. En primer lugar es muy importante, en una primera etapa, acomodar el Yo grandioso. Es como esas pinturas de Magritte en que hay una manzana que ocupa toda la habitación, así a veces pienso el Yo grandioso. Uno tiene que dejarlo que se exprese y que se demuestre en la sesión.

Una vez que eso se logra, y el chico siente que uno comprende esta manera de ser como un aspecto muy necesario para él (porque este Yo grandioso es una estructura que está defendiendo al chico de angustias, depresiones y rabias muy intensas y entonces es importante primero comprenderlo y clarificarlo). Como era necesario para SuperMauricio, por ejemplo, sentirse tan en control y con tal poder para no sentir la humillación que el sentía cuando su madre lo controlaba de tal modo que, a veces, cuando él quería terminar un programa de televisión, que terminaba a las 9 de la noche la madre decía: “No. Tienes que acostarte a las nueve menos cuarto”. Entonces lo obligaba a irse a acostar (siendo ya un niño de ocho y medio, nueve años, en el que los quince minutos no eran tanta diferencia, pero era muy importante para la mamá sentir que ella tenía todo el control del mundo).

A este chico lo odiaban sus amigos porque se había identificado con esta aspecto controlador de la mamá y también controlaba a sus amigos. El tenía un pequeño diario, y con sus vecinos, hacían una publicación de lo que pasaba en el vecindario. Entonces, por ejemplo, él tocaba un timbre, o llamaba por teléfono, y medía, si un chico no llegaba a los 60 segundos, estaba despedido. Esas eran sus relaciones de amistad.

Este problema del Yo grandioso necesitaba ser clarificado porque los chicos no se dan cuenta del efecto que tienen sobre los otros, porque los otros no existen. Para una personalidad narcisista patológica, el otro es un puntito, no existe y, si existe, es solamente para admirarlo a uno. Estos chicos, pues, necesitan tener un feedback de cual es el impacto que ellos tienen sobre los otros. Después el trabajo con este Yo grandioso consistiría en empezar a confrontar al chico con las ventajas y desventajas de ser tan grandioso. Ventaja porque uno tiene la ilusión de tener todo bajo control, desventaja porque uno está siempre solo y siempre aislado en cuanto a creer, a poder tener relaciones de amistad.

¿Cómo lo hace el terapeuta, cómo entrar en esta manzana grandiosa que ocupa toda la habitación?

En primer lugar, interpretar al chico desde lo que nosotros llamamos perspectiva del analista. Es un tipo de interpretación que es como si el analista se hablara a sí mismo, porque si uno le habla al paciente..., me imagino que ustedes lo habrán visto también, el chico dice “cállate, estúpido!, ya vas a decir otra de esas memeces que no tiene nada que ver conmigo”. Estos son niños que se defienden masivamente con la negación, tienen muy poca introspección. Entonces ¿Cómo hablarles?. Lo que hemos descubierto es que, si yo me hablo a mí misma y no le hablo a él, estos chicos pueden aceptar la interpretación. Por ejemplo, un chico que le da un ataque de rabia: “si tu sigues hablando me voy, no vengo más a perder mi tiempo aquí”. En ese momento yo me hablo a mí misma y digo: “si yo le digo a Mauricio -Por ejemplo- que él me está tratando de controlar y

que yo no voy a jugar nunca más al Monopoly con él porque siempre tiene que ganar, todo el tiempo tiene que ganar y eso me aburre mucho”.

Paradójicamente, el chico empieza a sonreír, como que finalmente alguien le explica lo que está pasando en la relación interpersonal y, de esa manera, uno empieza a perforar esta figura gigantesca del Yo grandioso.

Después, lo que pasa con estos chicos es que empieza a haber una contraposición del Yo grandioso. Hay un grandioso y un devaluado, pero aquí cambian los signos. A veces, el terapeuta es el devaluado y el niño es el grandioso, y en otro momento, el grandioso puede ser el terapeuta y el niño entonces es más comprensivo. Por ejemplo, tenemos un niño actualmente en tratamiento de estas características, que es tan grandioso que él llega con su Nintendo, es decir, la acomodación a lo grandioso, lleno de ruidos, no mira al terapeuta. Después, el chico cesa de jugar, toma unos títeres y él es el títere terapeuta y el terapeuta es el títere niño y conversan estos dos títeres. El terapeuta “ títere dice: “a mí me molestan los mayores, siempre están tratando de hacer lo que ellos quieren; a mí gusta hacer lo que yo quiero y no quiero trabajar con problemas, yo no tengo ningún problema...”. El terapeuta está diciendo esto desde el punto de vista del títere, y entonces, el chico, para sorpresa mía, dice: “pero ¡como! ¡si tu tienes que hablar de tus problemas!””, y toma otro títere, que es el superyoico, (es como el supervisor del terapeuta) que le dice al terapeuta: “mira, convéncelo!, sí es importante hablar de los problemas también”.

Ustedes ven como es necesario establecer una estrategia, la confrontación directa con el Yo grandioso no conduce a nada, hay que acomodarlo, clarificarlo, hablar de lo positivo, y lo negativo, de las ventajas y desventajas, e interpretarlo con la técnica de la perspectiva del analista y también de la transposición de roles en la transferencia.

El siguiente punto que quisiera comentar es la angustia de separación. Esto se trabaja desde el punto de vista de lo terrible que es perder en el juego y depender, admitir el Yo real que es despreciado. Esto también se puede interpretar dentro del juego.

Hay una escena que quisiera mencionarles; es un niño de 11 años, con este diagnóstico de personalidad narcisista, que tiene problemas para jugar, hay inhibición del juego, de aburrimiento o hay un juego imaginativo, de fantasía, con estas escenas destructivas, pero también a esta edad un poco mayor de los 11 años, el juego es para matar al contendiente, uno no puede tolerar perder, y justamente, esta escena que quiero mencionarles es un terapeuta y un niño que están jugando al ajedrez. Y uno ve en el vídeo (nosotros estamos haciendo mucho trabajo de vídeo para estudiar el juego de este niño y de otros síndromes también) se ve la contratransferencia del terapeuta que también está jugando para ganar, y claro, el terapeuta gana. Entonces el niño que está sentado, jugando firmemente, se empieza a desorganizar, la silla se va hacia atrás, hay una regresión motora del chico, que se percibe también en la voz y le dice: "Pero, como! si yo no he perdido un juego en mi vida!". A continuación empieza a chuparse el dedo, y unos minutos más tarde, a masturbarse. Una regresión abrupta, no pueden tolerar perder, porque la autoestima está muy afectada. Es importante trabajar con el chico en el juego anticipando, y aquí introducimos el cambio de roles; cambiamos el rol, el terapeuta, y empezamos a explicarle cómo ellos son tan estrictos consigo mismos, tienen que ser tan superiores que el juego es una tortura, y por eso hay estas interrupciones del juego. Esta clarificación y ésta empatía con la tristeza de no poder jugar y de no pasarlo bien en el juego, empieza a neutralizar su incapacidad de jugar.

Todo esto parecería muy fácil de hacer, si no fuera por que hay también unas reacciones de contratransferencia típicas en estos pacientes. Una es la que ya he mencionado, la devalua-

ción de sí mismo del terapeuta. A veces esta devaluación no es consciente y entonces el profesional generalmente trata de librarse de este paciente.

Esto se ve muy claramente cuando estos niños están hospitalizados, y entonces ¿quien quiere trabajar Con un niño psicótico, uno puede darse cuenta de que está psicótico, tiene interés alguien que no mejora fácilmente, que desprecia y que se ve tan enfermo?.

Con un niño psicótico, uno puede darse cuenta de que está psicótico, tiene interés en ayudarlo. Un niño deprimido ¡fantástico! ¿no?. Pero un niño que esta ahí haciendo sabotaje del tratamiento, porque estos chicos como son su propio Super Yo, tienen un problema severo con la autoridad, y tratan a la autoridad como si fueran él mismo. El super Mauricio, por ejemplo, trata a las profesoras como colegas suyas, no hay ninguna diferenciación. Entonces tiene lugar una agresión inconsciente en que el paciente es rechazado, aparece un problema de contratransferencia.

En segundo lugar, se da otro problema que es una sumisión al chico, al Yo omnipotente del chico. Había un miembro de mi staff, que era un psicólogo muy competente, pero que también tenía una personalidad narcisista, no analizada, y una vez me dijo: “Tengo un caso muy difícil y quisiera consultarlo con usted”. Y me trajo una niñita que no hablaba con él, en dos años la niñita no hablaba con él, aunque venían religiosamente a las sesiones. Esta niñita ensuciaba y le tapaba el baño con papel higiénico, pero nunca decía que había hablado de estas cosas. Y después de dos años, la niñita empezó a comunicarse verbalmente con él. ¿Pero cómo?: Por escrito. Y me trajo una página escrita por la niña, y yo leo: “usted es un estúpido, usted cree que lo sabe todo y no sabe nada. Todos sus comentarios no tienen nada que ver conmigo, yo no sé porqué mis padres le pagan a usted”. En fin, una serie de insultos. Y el terapeuta estaba tan feliz y tan agradecido de que la niñita

finalmente se comunicara con él, que perdió totalmente la perspectiva del contenido de estas deprecaciones.

Se encuentra aquí un aspecto de masoquismo del terapeuta, que era particularmente significativo porque el terapeuta tenía una personalidad narcisista. Eso se ve también en las relaciones de amistad y de amor de algunos adolescentes narcisistas, que están metidos, involucrados con una persona que los trata sádicamente. La relación entre narcisismo y masoquismo la podríamos dejar para la discusión, pero aquí aparece en relación con el problema de la contratransferencia.

Hay también otra perturbación de la contratransferencia, que es el uso exagerado de la formación reactiva. Un alumno mío, psiquiatra en formación, me trae un caso y me dice: “Tengo un caso muy interesante, un niño muy inteligente. El problema es que el niño no está cambiado”. El me cuenta este caso y yo le pido que me traiga un vídeo de su sesión. Lo que aparece en el vídeo es que el chico está tirando una pelota dura, de béisbol, la tira hacia la pared, y el terapeuta tiene que inclinarse hacia atrás para protegerse de la pelota. Eso nunca me lo había hecho saber en las supervisiones. Tampoco, que el chico en estas sesiones le decía: “Y usted ¿usted es un alumno de psiquiatría?, usted ni siquiera tiene título, ¡Enséñeme su título para ejercer medicina. “Todo eso, el terapeuta no se sentía con la libertad de poder registrar lo humillado, lo ofendido que se sentía con este chico y sólo usaba la formación reactiva (“este es un chico fantástico, muy inteligente, y en fin, es un caso muy agradable”).

Hay otra cosa muy interesante en las reacciones de estos chicos, que es el hecho de abandonar aparentemente al terapeuta diciendo: “a mí no me importa”, Si uno hace una interpretación dice: “eso a mí no me importa”, una reacción de distanciamiento y de intelectualización. Uno podría decir qué ésta es una forma, en las personalidades de patología narcisista, un mecanismo autista de retraerse y de desconectarse del tera-

peuta. Eso se ve también en la falta de contacto visual, que veíamos antes, es otro mecanismo por el cual estos chicos preservan el Yo grandioso. Si hay un problema de angustia, de depresión, con el que se debe enfrentar el chico, entonces se retrae y ese es otro mecanismo que deja rasgos contratransferenciales, porque entonces, hay un retraimiento también del terapeuta.

Las llamadas resistencias de estos pacientes al tratamiento, sólo son mecanismos de defensa que deben aclararse, confrontarse e interpretarse. O sea, yo ya no pienso que estos chicos tienen resistencias al tratamiento, sino que tienen desafíos para el terapeuta de cómo abordar estas particularidades, en su manera de relacionarse con el otro.

A propósito de la transferencia: el tipo de transferencia de estos pacientes fue descrita en adultos por Kohut en 1971. La transferencia narcisística que describió Kohut se puede ver muy claramente en estos chicos; él habló de una transferencia en que el paciente adopta, trata de adoptar, el poder del terapeuta, tratando de adivinar lo que el terapeuta piensa, es decir una identificación proyectiva, en que el paciente, el niño, trata de entrar en la mente del terapeuta para apoderarse de lo que el terapeuta posee, del poder, el conocimiento. El chico adivina lo que va a decir el terapeuta. Esto es especialmente marcado en el grupo más grave de este espectro, que son los niños antisociales. Estos niños antisociales son tan peritos, tan expertos en adivinar lo que el terapeuta se engaña, y entonces estos chicos aparecen con lo que he llamado una seudointrospección. Por ejemplo, un chico de este tipo antisocial, llega al hospital: “¿Y por qué estás aquí?” le pregunto; y él me dice; - “porque yo soy un niño malo y ahora quiero aprender a ser bueno”-. Eso es música para un terapeuta que no sabe que esto es una invasión de la mente del terapeuta.

El segundo tipo de transferencia, es lo que Kohut llamó transferencia de gemelo. Y es verdad, cuando uno está traba-

jando con estos chicos, uno ve que el chico lo duplica a uno, y hace y se mueve, y habla, e incluso se viste como se viste y habla uno. Esto puede ser una resistencia, pero yo creo que para nosotros, que trabajamos con niños, es el comienzo de la diferenciación. Hay dos personas en la sala, las dos son exactamente iguales. Eso es normal en el desarrollo psicológico del self, como lo han establecido una serie de autores, pero, en la transferencia, tiene una función de comenzar el desarrollo de diferenciación; ahora ya no hay un Yo grandioso, sino que tú y yo somos iguales. Y la función de todo esto, como ustedes adivinarán, es muy obvia: si no tenemos diferencias, somos de la misma generación, tenemos las mismas cualidades y yo no te envidio a ti, terapeuta, porque eres más grande o porque sabes más, somos iguales. Es muy importante interpretar eso al chico, poder permitirle aceptar pequeñas diferencias entre el terapeuta y el chico, en cuanto a la edad, en cuanto a sexo, en cuanto a atributos; y presentarlas en forma positiva, que uno es más viejo y él tiene más años para vivir por delante, en fin, hacerle ver que estas diferencias puedan ser aceptadas. Porque estos chicos son tan sensibles, tan vulnerables que recuerdan el cuento de Andersen, de la princesa que sentía una piedrita debajo de veinte colchones.

La tercera forma de esta transferencia narcisista, es la más conocida, es la de tener al terapeuta para admirarlo, para estar ahí como una audiencia, y el chico entonces se exhibe en sus cualidades verbales y de juego o, incluso literalmente se exhibe físicamente, y uno lo admira. Esta forma de transferencia es importante porque permite poder retomar problemas en el desarrollo. Como decía anteriormente, estos chicos generalmente no han tenido unos padres que hayan podido responder a las vicisitudes del crecimiento y responder a las necesidades del chico en los diferentes momentos del desarrollo temprano. Entonces, es una segunda oportunidad, y es preciso interpretar esa necesidad del chico. Claro que ¿a qué llamo yo interpretar?: a aclarar la naturaleza de esta relación. No es sufi-

ciente, en mi opinión, cuando uno quiere trabajar para transformar el Yo grandioso, decirle: “tu mamá no te miró, no te miró con gran aprecio y ahora tu crees que yo no te estoy mirando con aprecio y voy a tratar de mirarte con aprecio”. Esta es una intervención más bien de apoyo, que no cambia la estructura del Yo grandioso. La interpretación en este punto es aceptar esta necesidad, decirle lo importante que para él es sentir que hay alguien que le comprende en cosas que le gustan, como ser fuerte, como también comprenderlo cuando no se siente tan fuerte y se siente vulnerable, y que es importante para él usar al terapeuta de esa manera, y que al mismo tiempo no está seguro de que puede observarse a sí mismo y tener a alguien dentro de él que también lo mire y lo aprecie. O sea, aclarar la relación con el terapeuta en la sesión, aclarar porqué él lo está utilizando de ésta manera y cual es el problema de su estima de sí mismo, que cree que tiene siempre que utilizar a un adulto o a un amigo como si fueran unas muletas y no como compañía con la cual hay dependencia e independencia.

Debo decir que, cuando hablamos de los adolescentes, lo que hemos visto tanto en adolescentes hospitalizados como en los niños más jóvenes es que esta personalidad narcisista se pone de manifiesto después de trabajar con el problema primario. ¿Cuales son los problemas por los cuales llegan estos problemas?: problemas de conducta y problemas de colegio, de funcionamiento en el colegio; y aquí quisiera compartir con ustedes un hallazgo que me parece muy típico de estos chicos, estos niños tienen problemas de aprendizaje, pero el problema de aprendizaje es distinto a los niños que tienen problemas reales de aprendizaje, orgánicos, dislexias, disgrafías... Estos niños, o sacan las mejores notas o sacan las peores notas.

Es decir, tienen una conducta en zig zag. ¿Por qué?. Porque, o les va muy bien, o porque ya lo saben y es natural. Pero, si tienen que estudiar o hacer un esfuerzo, el Yo grandioso no

se lo permite, entonces fracasan. Esto es muy típico, patognomónico diría yo, de los problemas de aprendizajes de estos chicos.

Cuando llegan al hospital ya adolescentes, llegan por depresión, por intentos de suicidio, por problemas de drogas. El tratamiento en un sistema hospitalario es evitar todas las ventajas secundarias del Yo grandioso y entonces se utiliza a todo el grupo del staff, de los otros pacientes para poder eliminar estas ventajas secundarias del control excesivo sobre el ambiente. También hay un trabajo intenso con los padres. Quizás en la discusión podamos elaborar más en qué consiste este trabajo de los padres; pero los padres tienen una serie de tareas muy importantes que lograr en el tratamiento incluyendo el hecho de que la familia pareciera mantener el Yo grandioso. No sólo causar el Yo grandioso sino también mantenerlo.

Quisiera hablar brevemente sobre el grupo más grave de estos chicos, el grupo de narcisismo patológico con conductas antisociales severas. Este grupo me interesa mucho porque no tiene indicaciones para tratamiento individual. No hay indicación para el tratamiento individual ya sea psicoterapia psicoanalítica expresiva o psicoanálisis. ¿Por qué? porque estos chicos mienten sistemáticamente, no tienen ninguna capacidad de relación y estos son los psicópatas, niños que tienen actividades criminales. Un caso, por ejemplo, de un chico que tuve que evaluar, era un niño de 11 años, internado porque había estado saltando sobre el abdomen de su hermanita para hacerla reventar. Estos son los chicos que torturan animales y los dejan asfixiarse o morir lentamente. Estos chicos tienen un pronóstico muy reservado y quería solamente mencionarles que el tratamiento en la institución es un tratamiento de gran control del ambiente terapéutico, de tenerlos muy restringidos en cuanto a sus conductas sociales y sólo permitirles contactar con otras personas cuando no están manipulando y amenazando al resto del grupo de pacientes.

La mayoría de estos niños no cambian en el hospital, incluso en hospitales buenos donde están de seis meses a un año, y hay actualmente un ensayo bastante provocador, y con esto termino, del Doctor Berlín de colocar a adolescentes criminales (delincuentes criminales, algunos que han matado a dos o tres personas) en un ambiente en que todo lo que le va a pasar al paciente es totalmente imprevisible. Es decir, cuando el paciente se está portando bien, se le manda a la celda de aislamiento; cuando el paciente está aterrorizando a sus compañeros en el almuerzo y les está quitando el postre, por ejemplo, le dicen: -"vete a la cafetería a tomar una Coca-cola y pastel". Es decir todo lo que pasa es totalmente imprevisible, es un poco como el ambiente de la fiesta de té de "Alicia en el país de las maravillas". Todo es loco para el chico porque no puede predecir lo que está pasando. Entonces, lo que se ha visto es que el pre-adolescente ó adolescente entre 12 y 17 años) empieza a angustiarse y empieza a depender del terapeuta.

Se les asigna una sola persona con la cual ellos pueden conversar y acaban diciendo: "Mire, esto es una casa de locos; aquí me castigan, yo no sé cuándo me va a pasar qué, yo no sé cuándo voy a almorzar, no sé cuándo voy a dormir; esto es loco, loco"- Se transforma entonces este niño psicópata al cabo de 2 ó 3 semanas en un caso sintomático de angustia y/ó depresión, en algunos casos de psicosis.

Bueno, la angustia y la depresión la podemos tratar, la psicosis la podemos tratar. Entonces es posible cambiar. Cambiaríamos algo que no se puede tratar, conductas antisociales severas, en síndromes que se pueden tratar. Esto se está realizando actualmente en Nuevo México, en un servicio exclusivamente para jóvenes criminales de este tipo.

LOS GRUPOS EN LA ATENCION PSICOTERAPEUTICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA*

Eulalia Torrás de Bea**

Los grupos de niños, adolescentes o adultos, con finalidad exploratoria o terapéutica, son una modalidad asistencial que se utiliza desde hace muchos años. Publicaciones como las de Sirlin y Glasserman, Speir, Haag, Privat y Rouchy, Villarinot, Bachman y Pérez y tantos otros, documentan experiencias muy variadas, de valor asistencial indudable, con Grupos de niños de características diversas.

En nuestro medio, el despliegue de la asistencia pública en psiquiatría infantil, creo que actualiza su interés. Sin embargo, notamos que cuando se piensa en Grupos generalmente se piensa en exceso de demanda, y se olvida la importante vertiente cualitativa de las funciones del Grupo, de las que me ocuparé en esta comunicación, partiendo de nuestra experiencia de trabajo con grupos en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, y de mi experiencia personal.

Después de muchos años de trabajar en el Hospital con régimen privado -el coste, aunque reducido corría a cargo de

*Ponencia presentada el día 2 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.

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

las familias-, hace años nos incorporamos a la asistencia pública, lo que significó un claro cambio en la demanda. La franja de psicopatología se ha ampliado, y recibimos, desde padres motivados a hacer los esfuerzos necesarios y a poner prestación personal para sacar adelante a su hijo, hasta los que nos llegan obligados por la escuela, el pediatra o por alguna institución de Justicia, pasando por padres con todos los grados de intuición, conocimiento de su hijo, nivel cultural y socio-económico, salud mental...

Con frecuencia, nos consultan por problemas de la evolución emocional y personal, y del funcionamiento familiar, que requieren un enfoque psicológico para modificar círculos viciosos y crear condiciones favorables a la mejora. Pero a veces los padres y el hijo no son receptivos a este tipo de ayuda, y hallamos poca comprensión, motivación y disponibilidad. Hay padres que esperan medidas farmacológicas, represivas o pedagógicas rápidas, que en las primeras entrevistas se muestran interesados y motivados, pero luego, cuando se trata de constancia y de esfuerzo personal, van desinteresándose y abandonando. Otros padres, por el contrario, van entrando en contacto con nuestro enfoque, lo van comprendiendo, y van interesándose. Algunos son capaces, incluso, de mejorar sus condiciones personales y externas para poder colaborar con nosotros.

Por eso, el primer paso es explorar las expectativas y disposición con que nos llega la familia, y cuando los padres y el niño comprenden poco lo que les está pasando y están poco motivados a ir por ahí, nuestra primera función terapéutica consiste justamente en ayudarles a comprender mejor, y en despertar su interés y motivación por lo que podemos ofrecerles. Por eso nuestras propuestas deben ser orientadas y realizables. Este solo cambio -o quizá "tanto como este cambio"- es terapéutico, es ya un progreso. Luego, según evolucionen las condiciones iniciales, iremos adecuando esas propuestas, que en ocasiones podrá ir aspirando a más.

Todo esto aumenta la importancia de la función diagnóstica, y privilegia las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que nos permiten iniciar un trabajo útil mientras vamos conociendo a la familia, y damos tiempo al niño o adolescente y a sus padres a ir entrando en contacto con nuestro enfoque dinámico y relacional.

Dentro de este marco de referencia se inscribe el interés diagnóstico y terapéutico de los Grupos.

En realidad, la división de los Grupos en Diagnósticos y Terapéuticos es, hasta cierto punto, artificial, ya que ambas funciones son inseparables y todos los Grupos las tienen ambas, pero en la práctica, consideramos nuestros Grupos como Diagnósticos o Terapéuticos según su objetivo principal. Una tercera modalidad son los Grupos cortos, Grupos de Inicio, con finalidad terapéutica, pero también explícitamente exploratoria, por un lado de las posibilidades evolutivas de un niño y su familia, y por el otro de la motivación y capacidad de compromiso.

Describiré los Grupos de nuestro Servicio

Utilizaremos el **Grupo** cuando, en algún momento de nuestro trabajo con la familia, nos parece una intervención diagnóstica o terapéutica apropiada, pero por supuesto hay muchas familias atendidas en nuestro Servicio que no pasan por ningún Grupo. Esta es una cuestión que depende siempre del criterio del profesional que se ocupa.

En cuanto al **Grupo Diagnóstico**, lo utilizaremos a veces después de la primera entrevista o entrevistas, o incluso, cuando es el caso, después de pasar test, y antes de proceder a la entrevista de síntesis con los padres, de formularles el primer diagnóstico.

En otras ocasiones, la propuesta de Grupo Diagnóstico, viene después de la entrevista de síntesis, después de informar

a los padres de nuestra primera formulación diagnóstica, sí es en ese momento cuando nos parece útil esta intervención. Más tarde, en cambio, cuando la familia lleva ya un tiempo de trabajo con nosotros, el Grupo Diagnóstico suele tener menos interés, ya que la interacción que hemos tenido con ellos aporta muchos de los elementos que buscaríamos en ese Grupo. De todos modos, puede decidirse su utilización cuando creemos que la observación en Grupo va a suministrarnos elementos específicos. Así, pues, usamos el Grupo Diagnóstico en cualquier momento del proceso diagnóstico incluso después.

Después de la entrevista de síntesis, y como primer paso terapéutico-exploratorio, nuestro criterio puede inclinarnos por un **Grupo de Inicio**, donde la composición del Grupo será más constante que en el Grupo Diagnóstico, y que por tanto requiere ya cierta capacidad de compromiso.

Utilizaremos los **Grupos Terapéuticos largos**, semi-abiertos o cerrados, en cualquier momento del proceso terapéutico en que creamos que este tipo de intervención puede promover progreso: después de un período de seguimiento, antes o después de una ayuda individual psicoterapéutica o psicoterápica.

En definitiva, el Grupo es para nosotros una intervención que utilizamos después de otras intervenciones, al menos las primeras entrevistas, y que se continúa con el Seguimiento, y por las otras acciones terapéuticas que se consideren útiles.

Entre nosotros, los Grupos están conducidos por uno o dos terapeutas, terapeuta y co-terapeuta, o terapeuta y observador, según experiencia y preferencia de los profesionales que se ocupan de ellos.

Los Grupos Diagnósticos

Los Grupos Diagnósticos suelen ser abiertos, de modo que los niños o adolescentes, hasta un número de 8, asisten a las sesiones necesarias para cumplir el objetivo- por lo general

entre 6 y 12. Las sesiones son de hora y cuarto. Este tipo de Grupo incluye niños de características y edades variadas, lo cual, como puede suponerse, tiene ventajas e inconvenientes. Para disminuir estos últimos, los terapeutas van incorporando a los niños nuevos según las particularidades del Grupo de ese momento.

Estos Grupos Diagnósticos suelen tener Grupo paralelo de padres –los padres se reúnen en Grupo con uno o dos terapeutas durante el tiempo que trabaja el Grupo de niños– con la finalidad de informar y sensibilizar, y también de conocer a los padres y de que los padres nos conozcan. El Grupo de padres es imprescindible para una función diagnóstica más amplia, y mejorar mucho los resultados del trabajo con los niños.

Otra modalidad de Grupos Diagnósticos; menos frecuentes entre nosotros, son los que empiezan y terminan con los mismos participantes, y se suceden continuamente. El uso de una u otra modalidad parece depender, en todas partes, de las preferencias del terapeuta pero, para períodos semejantes de tiempo empleado, los rendimientos diagnósticos o terapéuticos son muy aproximados. En el Grupo Diagnósticos exploramos, no sólo la gravedad del problema –los aspectos sanos y psicopatológicos del niños o adolescente, y de los padres en el Grupo paralelo de padres– sino también las teorías de la familia acerca del problema y del tratamiento, lo que esperan de él, su comprensión motivación y capacidad de compromiso con el equipo. Estos últimos son factores muy importantes la hora de establecer cualquier compromiso terapéutico con la familia, pero especialmente si se anticipa largo, o si es en Grupo.

Por otra parte, en el Grupo Diagnóstico y en el de Inicio, el hijo y los padres tienen la oportunidad, desde muy al principio, de conocer nuestro enfoque, el tipo de trabajo que les estamos proponiendo. Allí pueden conocernos, darse cuenta de lo que

será “el tratamiento”, de que les estamos proponiendo un trabajo conjunto, un proceso, y del compromiso y esfuerzo que representa. El Grupo puede ayudarles a corregir sus expectativas acerca de como resolveríamos su problema. Claro que podemos decir que lo mismo sucedería en entrevistas individuales, pero en realidad, las características del Grupo lo convierten en una oportunidad distinta a la hora de situarse.

Sirlin y Glasserman utilizan el Grupo Diagnóstico de cuatro sesiones para “decidir si el niño y la madre son tratables en Grupo”, y no nos sorprende que digan que después de las 4 sesiones están en general mejor preparados para ser ayudados. Sin embargo, matizaría la opinión de estas autoras diciendo, que después de unas sesiones exploratorias o de “de inicio”, la familia y nosotros sabemos algo más a qué atenernos.

Foulkes dice que, al proponer el Grupo, no hay que dar perspectivas demasiado largas (...) ni demasiado cortas a los pacientes. En mi opinión, trabajando en la consulta pública, es especialmente conveniente que las perspectivas que damos sean asumibles. Esa es una ventaja muy útil de los Grupos de Inicio. El hecho de que comenzamos dando perspectivas muy cortas –entre 8 y 12 sesiones– pero no para terminar, sino justamente para comenzar, como primera intervención, que luego proseguirá según lo que veamos que debemos hacer, y según la disponibilidad de la familia. A veces se cree que cuanto más enfermos están el hijo y la familia, más tratamiento psicológico debemos concentrar en ellos, más largos e intensivos deben ser los tratamientos, pero la experiencia muestra que este enfoque, si o se tienen en cuenta otros factores, conduce a muchos fracasos y decepciones. Creo, por el contrario, que es necesario evaluar y tener presentes las posibilidades que tienen los tratamientos de promover mejora y evolución –la modificabilidad– y que en ella hay que basar los esfuerzos que estamos dispuestos a realizar y los esfuerzos que proponemos a la familia.

Los Grupos Terapéuticos

Los Grupos Terapéuticos suelen estar constituidos por 4 a 6 niños o adolescentes –y excepcionalmente por 3 o más de 6– de edades comprendidas entre los 3 y los 18 años. Los niños de cada Grupo son de edades parecidas. El Grupo se reúne una vez por semana, durante un período fijo de tiempo establecido para cada Grupo, en general una hora, dependiendo de las características de los niños y del criterio del terapeuta.

Los Grupos de niños hasta la pubertad funcionan con Grupo paralelo de padres, conducido por otro terapeuta –o terapeutas. Cuando dos o tres Grupos de niños funciona a la misma hora, el Grupo de padres puede incluir los padres de todos ellos. Los Grupos de adolescentes no tienen Grupo paralelo, aunque los padres pueden, individualmente, asistir a un Grupo que por sus características sea adecuado para ellos.

Los Grupos pueden ser cerrados, semi-abiertos o abiertos. Los Grupos cerrados suelen tener una primera fase, aún de organización, en la que se van incorporando miembros hasta alcanzar el número proyectado, y luego “se cierran”, no incorporan ningún miembro más hasta el final, cuando el Grupo termina, y todos se despiden al mismo tiempo.

En los Grupos semi-abiertos cada niño termina cuando él mismo, los padres y los terapeutas consideran que se ha beneficiado suficientemente, cuando alguna circunstancia interna o externa hace aconsejable tomar por otro camino, o por abandono. Entonces, las vacantes van siendo ocupadas por nuevas incorporaciones. El Grupo, pues va cambiando lentamente aunque algún miembro puede seguir desde el principio hasta el final. Este tipo de Grupo, que tiene muchas ventajas en un servicio hospitalario porque cuenta como fijo, puede seguir durante varios años, o bien desarrollarse durante un plazo largo prefijado.

El Grupo Diagnóstico es ejemplo de Grupo abierto, donde los participantes se reúnen frecuentemente, y aunque en él se producen fenómenos de Grupo, en general no tienen continuidad ya que para esto se necesitaría que el Grupo tuviera períodos más largos de constancia. Entre nosotros, exagerando, le llamamos “Grupo pasillo”.

En cuanto al objetivo de los Grupos Terapéuticos diría que lo que buscamos es dar al niño y a la familia un “empujón” útil que promueva evolución. En general, consultan porque están atascados en funcionamientos insatisfactorios, y lo que intentamos es sacar a flote lo positivo del hijo o de los padres, por ejemplo, una forma mejor de relacionarse entre ellos y con los otros, un cambio favorable en las actitudes, iniciativas válidas... Se trata, en apariencia, de pequeñas mejorías, pero que estimulan mejorías posteriores y tendencia a ir a más. Cuando nuestros pacientes llegan a cuestionarse sus planteamientos, o sacan en limpio una noción más clara de ellos mismos, estamos muy contentos.

Los resultados son muy variables, desde los niños que con ese empujón “arrancan” y movilizan sus capacidades de evolucionar, a los que salen del Grupo –o de todas nuestras intervenciones– sin cambiar apenas, casi como entraron.

La Técnica en los Grupos

La técnica que se utiliza en los Grupos depende del objetivo del Grupo, de las características y edad de los niños y de la experiencia y preferencias del terapeuta.

Los Grupos de niños entre los 5 años y la pubertad pueden dividirse, hasta cierto punto artificialmente, según su objetivo, en Grupos psicopedagógicos o reeducativos, y Grupos de comunicación, o psicoterápicos. Los primeros pueden utilizar técnicas reeducativas, juegos apropiados, dibujo, taller, o incluso concentrarse en una lecto-escritura viva, aunque también utilizan juego y dibujo. En ellos, el terapeuta se propone

realizar una tarea psicopedagógica y son por tanto más directivos, por lo menos al principio. Los Grupos de comunicación o psicoterápicos suelen utilizar técnicas de expresión, especialmente juego y dibujo. Con los niños de 3 y 4 años solemos usar técnica de juego. Los Grupos de padres y de adolescentes conversan, con cierto componente de asociaciones libres.

La finalidad de la técnica es la comunicación a través de la verbalización o de “hacer juntos”, compartir y colaborar. Buscamos el apoyo de las técnicas para facilitar la expresión oral, compartir vivencias, y estimular pensamiento verbal. El terapeuta participa en la experiencia, recogiendo lo que sucede en el Grupo, preguntando, relacionando datos, describiéndolo para hacerlo más asequible, recuperando elementos que se perderían y volviéndolos a proponer...

Hay terapeutas que basan la mayor parte del trabajo en la conversación, incluso con niños muy pequeños. Personalmente me parece importante y creativo que el terapeuta “invente” la técnica para cada Grupo, y que la vaya modificando siguiendo la inspiración de éste.

La tarea del Grupo puede ser abierta o focalizada. En los Grupos cortos es en general preferible la focalización, aunque ésta se utiliza también en Grupos largos. Los temas pueden ser elegidos por los participantes, según sus intereses –amigos, escuela, síntomas– o bien ser propuestos por el terapeuta, a partir de lo que parece central en las problemáticas de los miembros del Grupo. Lo mismo sucede con los Grupos de padres. Temas frecuentes son los estudios, las relaciones con amigos y con la familia, el futuro, los cambios, las pérdidas, la muerte, e indefectiblemente la sexualidad, que aparece, con mayor o menos excitación, de los modos más variados.

El interés del trabajo en Grupo

Para trabajar con Grupos y aprovechar sus ventajas se necesita un equipo de profesionales que pueda llevar varios

Grupos simultáneamente, y un volumen suficiente de consulta, como para que, dentro de un periodo no muy largo de tiempo, consulten varios niños de edad próxima indicados para Grupo. Por eso, el trabajo con Grupos suele realizarse en instituciones, donde normalmente se dan estas dos condiciones.

Además hay que contar con la complejidad inherente a la organización, ya que es necesario hacer corresponder edades, horarios del Grupo de niños y del Grupo de padres, características personales... En un servicio, algunas de estas dificultades disminuyen cuando se cuenta con “Grupos fijos”, de modo que los profesionales que hacen la indicación conozcan las características de los Grupos de distintas edades y horarios, y puedan hablar de ellos a la familia desde el momento en que se plantea la asistencia a Grupo.

De todos modos, como decía al principio, los Grupos suelen asociarse al exceso de demanda y a la posibilidad de ofrecer elementos psicoterapéuticos a más pacientes o familias. Pero creo que este punto debería discutirse más a fondo, ya que depende del tipo de Grupos que se organicen. En los que describo, el número reducido de niños, la conveniencia del Grupo paralelo de padres, la ventaja –al menos para algunos terapeutas– de tener un co-terapeuta o un observador, y el trabajo de organizarlos, absorben mucha disponibilidad del equipo.

A mi entender, el interés del Grupo radica, en cambio, en sus características cualitativas distintas, que lo diferencian de los otros enfoques terapéuticos. Estas características son comunes a los Grupos Diagnósticos y a los Terapéuticos. Paradójicamente, como veremos más adelante, debemos contarlas tanto entre las ventajas, como entre sus inconvenientes. Entre ellas destacaríamos:

La posibilidad de compartir la experiencia con otras personas que están en condiciones semejantes, como una especie de Grupo de ayuda mutua, pero aquí con terapeuta. El miem-

bro del Grupo tiene la oportunidad de expresarse, ser escuchado y escuchar a otros que viven algo parecido, y de compartir experiencias y sentimientos con empatía. Este factor, contribuye a disminuir el sentimiento de estar solo, de anormalidad, de ser un bicho raro al que le suceden cosas que a nadie más le pasan, y facilita acercarse a las emociones de los demás y a las propias con menos ansiedad.

De la empatía depende también la posibilidad de identificarse con los otros miembros o con el terapeuta. En toda clase de Grupos se producen identificaciones transitorias, de ensayo, que forman parte del proceso de elaboración de la propia identidad, e identificaciones primitivas, adhesivas, que dependen de las tendencias regresivas, y tienen tendencia a estancarse, o a ser sustituidas por otras sin aportar progreso. Por supuesto, es necesario diferenciar unas de otras.

Por otra parte, la diversidad de imágenes que suele ofrecer el Grupo -conductas, reacciones, posiciones, teorías, proyectos distintos entre los miembros del Grupo- facilita contrastarse con los otros y diferenciarse de ellos. La oportunidad de escuchar vivencias y pensamientos distintos, incluso completamente opuestos a los propios, pone en contacto con nuevas imágenes, nuevos puntos de vista que estimulan a re-considerar los propios.

Otro aspecto es la gran capacidad de movilización que tiene el Grupo. Esta es una de sus ventajas. Los miembros activos, contrafóbicos, lanzados, promueven el diálogo o actividades, y empujan a los menos decididos o pasivos, que suelen aportar elementos de contraste, equilibradores. Podría decirse que, en una posición o fase del Grupo, los miembros más lanzados estimulan la puesta en marcha, pero en la otra, los más reflexivos, elaborativos, contribuyen a la contención y a recuperar a los más actuadores.

El bombardeo de estímulos que crea el Grupo, disminuye el riesgo, nada infrecuente en el tratamiento individual, de que

el niño inhibido, pasivo, se instale en el tratamiento de manera que lo que sucede allí no le afecte. Suele conseguirlo a base de hacer lo que se espera de él -dibujar, jugar- y así, “dar cuerda” al terapeuta, y cuando éste habla, “dejarlo decir” como quien oye llover. En el Grupo este acantonamiento es mucho más difícil.

Pero los miembros más activos, o invasivos, pueden también dominar el Grupo e inhibirlo. Además, los miembros actuadores, o que estimulan a la actuación, pueden inducir una cadena de excitación y paso al acto que puede entorpecer el trabajo y la marcha del Grupo, e incluso hacerlo fracasar. Porque, cuando la movilización se convierte en excitación se crea un desequilibrio entre la intensidad de los estímulos y de la tensión, y la capacidad de contención del Grupo y del terapeuta, y puede llegarse a la rotura de límites y al des-madre. Entonces se pasa por momentos o períodos de mucha actuación, posición asimbólica, con suspensión de la capacidad de detenerse a observar y pensar. De todo esto depende una de las dificultades del Grupo.

Otra característica del Grupo es que los sentimientos y la relación de objeto se dramatizan directamente en la conducta. Los niños expresan la rivalidad, los celos la envidia, las tendencias sádicas, la dependencia, la seducción, el sometimiento.. a través de la conducta, en forma tan concreta que siempre resulta sorprendente. Un ejemplo típico es la competencia, a veces el forcejeo, para sentarse en la silla con brazos del despacho, para sentarse al lado del terapeuta, o para obtener el coche más grande, o la carpeta especial.

Esta concreción facilita que cada miembro del Grupo “vea” a los otros, se de cuenta de los celos, la rivalidad, la provocación transparentadas en la conducta, y con aquello de “ver la paja en el ojo ajeno...”, cada miembro suele tener más facilidad para comprender la dinámica de las relaciones entre los otros y sus conflictos, que los propios.

Algunos miembros no pasan de esta posición proyectiva, pero otros evolucionan desde ver a los demás, hacia verse mejor a ellos mismos. A esto contribuyen las imágenes que los otros participantes en el Grupo, además del terapeuta, devuelven a cada uno. En un Grupo de adolescentes, por ejemplo, las imágenes que le devuelven a cada uno los otros adolescentes, a través de adjetivos, o de comentarios que expresan lo que han captado suelen ser especialmente movilizadoras. Lo mismo sucede en los Grupos de padres y en el de niños. Un adolescente puede decirlo a otro, por ejemplo: “A ti te preocupa mucho que esta chica no te haga caso, pero quieres creer que no”, o, “A lo mejor no te das cuenta de que con tanto morro caes mal”, o, “yo también sentí lo que tu sientes”.

Me parece importante que el terapeuta realice en el Grupo una función de contención activa y que no se conforme con escuchar y aguantar la presión del Grupo -funciones de todos modos muy importantes- sino que escuche “activamente” y hable de modo directo. A mi modo de ver, es útil que muestre el trabajo que hace, su modo de funcionar, preguntando cuando necesita aclarar algo, relacionando datos en voz alta cuando es oportuno, explicando la forma como va pensando lo que sucede en el Grupo, rectificando una opinión que expresó anteriormente.. pero por supuesto sin caer en la hiperactividad ni invadir el Grupo.

Creo que este modo de estar en el Grupo presenta mejor lo que hacemos con esa experiencia, y se corresponde mejor con el ritmo y las necesidades del Grupo y que ofrece una contención de mayor calidad.

De todos modos, creo que, en los momentos positivos del Grupo, la función del terapeuta, de contención y coordinación, está complementada por las funciones del Grupo mismo, a las que me he referido. Por eso no coincido con los autores que parecen reducir a la interpretación del terapeuta la actividad terapéutica en el Grupo.

En el trabajo con niños pequeños, latentes y púberes, es necesario mencionar la importante función de los Grupos paralelos de padres. El trabajo en Grupo con los padres, a pesar de que pretende no ser terapéutico, lo es a través de su función de sensibilización y, como los otros grupos, ofrece la oportunidad de compartir experiencias, permitir identificaciones de prueba, contrastar enfoques, y facilitar la expresión y elaboración. El objetivo es ayudar a los padres a que revisen su enfoque, consideren puntos de vista diferentes al suyo y amplíen sus planteamientos.

Por supuesto, para conducir seguimientos y tratamientos necesitamos tener conceptos claros acerca de lo que estamos tratando: roles y relaciones en la familia, evolucionar, ser niño, dependencia e independencia, y tantos otros. Sin embargo, el ritmo lento de algunas intervenciones nos permite irlos re-elaborando sobre la marcha. En el Grupo, en cambio, especialmente cuando trabajamos con adolescentes y padres, las cosas suceden tan deprisa que necesitamos tener nuestros puntos de referencia suficientemente claros por anticipado. Dentro de este marco iremos luego elaborando la situación particular de cada momento, procurando no caer en “clichés”, en los cuales, quizá al revés de lo que apetecería, es mucho más fácil caer si no tenemos el apoyo de unos conceptos básicos claros.

El trabajo con los padres en el Grupo paralelo refuerza, sin lugar a dudas, el trabajo que se lleva a cabo con los niños, mejorando los resultados. Además cuando los padres tienen Grupo paralelo, la asistencia, tanto de ellos como de los niños, suele ser más regular, factor que también contribuye favorablemente.

La indicación, el encuadre y la transferencia

La **indicación** no depende del diagnóstico, sino de la posibilidad de que el niño pueda, tanto beneficiarse de la expe-

riencia de Grupo, como permitir que los otros niños del Grupo se beneficien.

Factores como la contención, o por el contrario, la excesiva tendencia a la actuación tienen un papel importante en la indicación. Así, el niño excitado, hipercinético, que actúa constantemente, con gran dificultad para parar y escuchar, suele ser muy difícil o imposible en el Grupo. Claro que este niño es también muy difícil en el tratamiento individual, especialmente si es de escasa frecuencia, pero de todos modos, la contención de un adulto atendiéndole exclusivamente a él puede mejorar las cosas. Además, en este tratamiento está en juego el tratamiento del niño, pero en el Grupo lo está también el tratamiento de los otros niños, factor a tener muy en cuenta.

Este aspecto, el hecho de que lo que pasa con cada niño en el Grupo repercute sobre los demás, hace que factores que no dependen de las características del niño mismo, como por ejemplo la capacidad de compromiso de la familia para asistir siempre y ser puntuales, deben considerarse esenciales entre las indicaciones.

Con los niños de características opuestas, los niños pasivos, con un grado importante de dependencia regresiva, tendencia a instalarse e ir a remolque, que en el tratamiento individual pueden ser muy difíciles de movilizar. y no es infrecuente que consigan instalarse, me parece casi siempre preferible el tratamiento en Grupo.

Entre las buenas indicaciones de Grupo pensamos generalmente en los niños inhibidos y fóbicos, sin embargo, demasiada uniformidad no resulta en general muy creativa. Más bien, el Grupo diverso, en el que unos niños despliegan más actividad, o actuación, mientras otros inhibidos o pasivos, es una buena combinación.

Coincidimos con los autores que dicen que cuanto más experiencia se tiene en Grupo, o más se conoce este trabajo,

más indicaciones de Grupo se hacen. Sin embargo, solamente en lo extremos, donde encontramos indicaciones y contraindicaciones claras, la decisión es fácil.

Consideramos que una indicación de Grupo es de elección, cuando preferimos este tratamiento a las otras modalidades terapéuticas que tenemos en ese momento a nuestro alcance.

En cuanto **al encuadre** me parece muy importante plantear bien, de entrada, como compromiso de asistencia y puntualidad al Grupo de niños y al de padres, como condición imprescindible, no solo para obtener beneficios, sino para que nos sigamos ocupando del tratamiento. En caso de que los padres no se comprometan, o que una vez han comenzado los Grupos no cumplan, creo que es necesario no transigir. Entiendo, por supuesto, que pueden haber razones externas de peso que aparecieron después de iniciarse el Grupo, o que, más frecuentemente, se trata de un problema, de un síntoma, relacionado con su psicopatología, pero eso no quiere decir que debamos entrar en colusión con las repercusiones de ese problema. Me parece más constructivo citarles y conversarlo con ellos con firmeza amable. A partir de ahí, puede ser que los padres regularicen su asistencia, pero si no es así, es preferible buscar, con ellos, otro camino más acorde con la disponibilidad que tienen. Porque, cuando se tolera la irregularidad y la impuntualidad, se tolera el ataque y el deterioro al tratamiento de los otros niños, además del daño al del niño mismo, sin contar con los esfuerzos del terapeuta y del equipo. A veces, a los terapeutas les cuesta tomar estas decisiones, y van continuando en malas condiciones, transigiendo con la irregularidad, con lo que se empobrecen o malogran los resultados de sus esfuerzos, con el consiguiente descontento y desánimo.

En los Grupos, transigir en cuanto a asistencia y puntualidad es como dar una medicación como los antibióticos con

irregularidad, no usar asepsia en cuestiones quirúrgicas, o no proteger al niño de que se haga daño. En la cuestión escolar es distinto, los padres negligentes tienden a mandar el niño a la escuela aunque esté enfermo.

Sabemos, que cuando una familia acude a un Servicio donde trabaja un equipo, la **transferencia** se centra en el profesional que la atiende, pero se extiende también al Servicio como un todo. Pero cuando la familia es atendida por varios profesionales de un equipo, como es el caso cuando se trabaja en Grupos, aunque el profesional de referencia, el que lleva el seguimiento, es investido de una manera especial, la relación transferencia -contratransferencia se entreteje entre el Grupo familiar y el Grupo de profesionales. Así, es el equipo quien atiende a la familia. Este es otro aspecto específico del Grupo, que facilita que pueda ser utilizado como intervención terapéutica y exploratoria y que, después, con menos desestabilización, el equipo y la familia puedan decidir la forma más apropiada de continuar.

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 CONTENCION 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, CONTENCION 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.

INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN NIÑOS QUE HAN PADECIDO TRASTORNOS PERINATALES*

Rodolfo Rodríguez y
Anne-Lise von Siebenthal-Rodríguez*****

Con nuestra ponencia pretendemos mostrar ciertos avances técnicos de nuestro trabajo en la clínica con niños cuyo nacimiento ha sido vivenciado por los padres como una catástrofe. Catástrofe traumática a causa de las lesiones orgánicas que acarrea el niño al nacer y/o catástrofe a causa del peligro de muerte inminente al que esta expuesto el niño en los primeros tiempos de su vida.

Muchos son los aportes teóricos que han alimentado nuestra técnica estos últimos años. Al escuchar nuestra ponencia Vds. se darán cuenta de como sobre aportes teóricos reconocidos, está nuestra aportación particular. Si alguno de ustedes quiere beber directamente en las fuentes que calmaron provisionalmente nuestra sed que busque en torno del concepto de no-madre y de la capacidad metaforizante desangustiante de la imago materna de W. Bion. Que busque en torno del traba-

*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.

**Rodolfo. Psiquiatra y Psicoanalista. Servicio Médico Pedagógico de Ginebra.

***Psicóloga y Psicoanalista. Servicio Médico Pedagógico de Ginebra.

jo de negativación de A. Green. Y sobre todo que busque en torno de lo traumático de la no representación, y de la importancia de la dinámica de la identidad de percepción.

Entre los diferentes niños que hemos tratado con este tipo de patología, hemos seleccionado dos casos. Uno con secuelas orgánicas tratado a una edad temprana por Anne Lise, el otro tratado por mi mismo a la edad de la latencia y sin secuelas orgánicas. Pero antes de dar la palabra a Anne Lise quisiera subrayar la siguiente paradoja. El nacimiento, los primeros meses de vida de estos niños ha sido tan traumático que la capacidad de metaforizar, de contener, de estos padres ha sido dañada. Sin embargo si estos niños están vivos, hoy día, es debido al empeño, a la abnegación, al cuidado que estos padres han prodigado a sus hijos. En la mayoría de los casos que hemos tratado, estos padres han tenido que luchar por la supervivencia de sus hijos contra el parecer de los médicos que preconizaban dejarlos morir.

Luis: Hefaiestos hoy (1)

Permítanme introducir mi ponencia sirviéndome de un mito. Hefaiestos es el dios del fuego. Es el hijo lisiado de Zeus y de Hera. Diversos relatos míticos explican el hándicap de Hefaiestos. Todos los relatos se refieren a una caída. Una de las versiones cuenta que Hefaiestos nació tan débil que su madre asqueada lo arrojó del lugar más alto del Olimpo...Sin embargo Hefaiestos sobrevivió porque cayó en el mar...Otra versión del mito cuenta que una vez, cuando Hera se estaba querellando con Zeus y, que Hefaiestos se puso del lado de su madre, Zeus furioso lo agarró por un pie y lo lanzó lejos del Olimpo. La caída de Hefaiestos duró todo un día,..a la caída de la noche Hefaiestos topó con la tierra, contra la cual se lisió.

(1) Anne-Lise Von Siebenthal-Rodríguez

Hace ya siete años, recibí una llamada telefónica de una madre angustiada que me pedía una psicoterapia analítica para su hijo. “Figúrese -me dice- que cuando Luisito nació los médicos me dijeron que no debería cuidarlo, que dejara obrar la naturaleza, que su destino era morir al nacer. Luisito tiene ahora tres años y medio, somáticamente sigue progresando, pero psíquicamente los miedos se lo están comiendo, ayúdenos”.

Mientras la madre me hablaba al teléfono yo me sentía invadida por un sufrimiento inmenso, pero como al mismo tiempo que sentía angustia también sentía esperanza, opté por entrevistarme primero con los padres. El día de la entrevista, la madre, que había comenzado un psicoanálisis poco después del nacimiento de Luis, me relata la historia siguiente: Luis nació con una artrogriposis, enfermedad congénita, que se caracteriza principalmente por una atrofia muscular y una tendencia a anquilosar las articulaciones de los cuatro miembros. Una artrogriposis, pero también una dificultad enorme a deglutir.

Oponiéndose a los médicos que lo querían dejar morir, los padres sacan a Luisito del hospital para ocuparse personalmente de él. El relato de los tres años y medio de vida con Luis, es un infierno. Luis requería de los padres cuidados intensivos. Han habido varias intervenciones quirúrgicas, diversos tipos de fisioterapia, de ergoterapia, etc... Han tenido que tenerlo continuamente en los brazos, darle de comer primero con una sonda, luego con una cucharita. Hacía solo unos meses que Luis empezó a gatear, a levantarse y a dar sus primeros pasos. Todavía hay que darle de comer, se babea y como no le salió la primera dentición no puede masticar...pero el problema principal son las crisis de rabia y de llanto de Luis, lo que hace que los padres vivan una pesadilla continua. Diversos son los miedos que provocan las crisis de Luis, pero sobretodo Luis es hipersensible a los ruidos. No solo a los ruidos de la calle sino a los ruidos de la casa. Luis no soporta el

ruido de la lavadora, de la fregadora, del aspirador...Luis entra en pánico si algún miembro de la familia ríe, tose o estornuda.

De todo lo que dicen los padres tres hechos me incitan a emprender el tratamiento psicoterapéutico de este niño. La capacidad de Luis a expresarse a través del lenguaje, mostrando sus posibilidades asociativas. El deseo de la madre a desatarse, despegarse de Luis. La convicción de los padres que a la larga, con los apoyos necesarios, Luis podrá abrirse camino en la vida.

Durante la primera entrevista, que tengo con Luis lo que más me llama la atención es el hecho de que venga solo, conmigo, a la sala de terapia, con todas sus dificultades motoras pero sin gesto de extrañeza.

Después de haberme explorado con sus ojos escrutadores, así como los objetos que se encuentran en la sala, dice: "Oh, eres tú" "sabes, yo vengo porque lloro cuando alguien ríe, lloro cuando un bebé llora. Tengo miedo de la tormenta, de la ambulancia,.. Que es lo que vas a hacer conmigo? "Yo comienzo a anunciarle la regla fundamental diciendo que vamos a hablar, jugar... Luis me interrumpe diciendo: "A mi me gustan las manzanas, pero cuando las como saben a pimienta, siempre tengo que quitarle la pimienta a las manzanas" y se queda mirándome tímidamente sin decir ninguna palabra más. Pone las manos sobre la mesa como si las abandonará, unas manos deformes por la atrofia muscular, sin ningún otro movimiento, retirándose al interior del mismo, esperando mi reacción. Desconcertada, yo pongo una de mis manos sobre la mesa, haciéndola caminar sobre dos dedos me dirijo hacia él. Cuando mi mano caminante llega muy cerca de una de las suyas, Luis moviendo sus manos con mucha torpeza, dice: "¡Hola!".

Este fue en resumen nuestro primer encuentro. Pienso que por una parte la capacidad de este niño de tres años y medio de hablar de su mundo interno, de expresar su sufrimiento, de plantearse un enigma analítico: la pimienta que penetra la man-

zana (2). ¿Como sacar la pimienta de la manzana?. Y por otra parte el hecho de poner de entrada sobre el marco analítico las partes enfermizas de su cuerpo, permitiéndome que yo me acerque, me confirma en la idea de tomar este niño en un setting psicoanalítico.

En cuanto a mi marco referencia voy a utilizar con Luis el dcalage entre la escena jugada y la escena interpretativa. Haciendo referencia a las nociones psicoanalíticas desarrolladas por Winnicott tales que el “área de juego”, “el espacio transicional”, dejándome “utilizar” por el niño según sus fantasmas, pero conservando las cualidades de un objeto deseante. El niño, como decía ayer la Doctora Tous nos atribuye roles creando así el espacio de juego. Se trata luego de introducir otra escena desde la cual el analista va a ejercer su función interpretativa. Como dice Freud en “construcciones en psicoanálisis” otra escena donde el analista que no ha vivido las mismas cosas que el paciente va poder interpretar desde su contratransferencia.

Tres semanas más tarde, inauguramos la primera sesión del tratamiento analítico.

Luis, con su madre en la sala de espera comenta -dirigiéndose a mi: “Pero porqué has tardado tanto para venir a verme”? Y durante un buen rato empieza a despedirse de su madre sin despegarse de ella. La forma de agarrarse a su madre denota su angustia de separación. La madre muy molesta no sabe como afrontar la situación. Al final yo me decido de coger con firmeza una mano de Luis. Una mano ¿para saludarlo? ¿para sujetarlo? Lo cierto es que la madre aprovecha para zafarse de sus brazos y Luis viene sin más a ocupar el espacio donde va a desarrollarse su terapia. Mira los juguetes y torpemente coge dos cochecitos con una mano y un tercer cochecito con la otra mano. Sin apenas mover sus manos

(2) ¿Qué enigma, el de la dualidad pulsional, la escena primaria o una teoría sexual infantil?

anuncia: “accidente de coches” aquí llega otro coche, la grúa”. Luego, soltando los coches y cogiendo el teléfono de juguete llama “alo, alo, hombre, hombrecillo” comentando luego de un tono desesperado “no hay nadie”. Como yo intento responder con otro teléfono Luis me grita “he dicho que no hay nadie”. Y Luis repite varias veces la misma escena como si estuviera alucinando, realizando un sueño. Con un tono fuera de juego, intentando situarme sobre otra escena yo intento interpretarle que cuando él tiene miedo y necesita una grúa para remolcarle yo, no estoy. Que aquí él se siente solo, papá no responde, mamá no responde y yo no soy nadie para él. Luis me deja hablar, pero a través de su mímica y sus gestos me indica que yo debo limitarme a quedarme sentada en mi sitio, sin hablar sin moverme hasta el final de la sesión.

Es importante de subrayar en esta sesión como Luis a través de sus producciones psíquicas, donde la representación se diferencia muy poco de la identidad de percepción y de la alucinación. (El alucinatorio dirían C.& S. Botella) intenta hacerme encajar, metabolizar, sus angustias operando al mismo tiempo un trabajo de negación sobre mi persona. Así Luis se asegura de mi presencia al mismo tiempo que niega mi existencia.

Algunas sesiones más tarde, Luis apenas pasa el umbral de la puerta, que se pone a correr, con torpeza, de un lado para otro y a gritar “Cuidado, cuidado...la lámpara, pan, pan (hace como si los objetos estallaran) Oscuro,! oscuro!... socorro!... pum, paf, schlaf... (hace como si algo explotara). Los muros, los muros,.. rotos. Las piedras calientes, ¡ay!, ¡ay!, quemando, socorro, ah pum, paf.. el volcán explota... ah! ay! ay! paf caen ...caigo”. Y se tira al suelo como si fuera un saco vacío, una pelota rota. Después de hacer el muerto durante unos minutos se levanta con dificultad y repite más o menos la misma escena apocalíptica. El niño pone tanto énfasis, tanto drama en exponer, expulsar, sus vivencias de catástrofe que yo me siento impactada, fascinada. Como cuando le pasan a uno

una película de horror y está una deseando que se acabe pronto esa película, para no gritar, para no patear de miedo.

Durante varias sesiones va repetir las mismas representaciones traumáticas, mostrando una tal potencia sensitiva que mi capacidad de contención psíquica están al límite de la ruptura. Es evidente que esas dramatizaciones no tienen valor de juego, no son simbólicas, no hay relación causal, no hay organización temporo-espacial. Yo tengo la impresión de un nacimiento catastrófico que se repite sin cesar. Quizás porque en los momentos de respiro, cuando hace el muerto, desde mi escena interpretativa, intento hacer asociaciones con sus intervenciones quirúrgicas, con las tormentas que le causan pánico,...Quizás porque siente que estoy ahí, acompañándolo, sufriendo con él. Luis durante una de sus representaciones angustiantes me coge de la mano y me incita a seguirle gritándome: “calla, calla... corre,..las piedras calientes”. Haciendo de mi su otro yo, un doble narcisismo, un objeto narcisista. Lo que me permite interpretar que jugando con él yo me siento ser otro Luis, que yo tengo tanto miedo como él, que a mi me duele mi cuerpo como el suyo, y que se está preguntando como vamos a poder salir adelante con tantos accidentes, tantos desastres.

Y más tarde cuando Luis para de babear, y se pone a jugar con su saliva reteniéndola antes de que caiga al suelo, yo le digo que hay mucho dolor, mucha rabia, imágenes que le dan miedo, que quisiera sacarse de dentro, pero si echa todo fuera de él, va a terminar por vaciarse completamente, y no va a poder pensar lo que está pasando. Ahora que puede retener su saliva, también puede jugar con ella.

Más tarde en la terapia, como he jugado durante un cierto tiempo de doble de Luis, me atrevo a oponerme a él, expresando otro deseo diferente del suyo. Cuando Luis dirá “obscuridad, obscuridad, que todo se pare, silencio “yo voy a jugar: “no, yo quiero el silencio, yo no quiero la obscuridad, yo quiero ver. No, yo quiero moverme, yo quiero ser”.

Con este trabajo sobre la negación en el seno de nuestra relación conflictiva yo no pretendo ser investida como un objeto diferente, sino lograr que Luis pueda retener sus representaciones internas sin que inmediatamente las descargue por el polo perceptivo motor. Que ponga en marcha los mecanismos internos de represión y desplazamiento para poder tratar la angustia asociada a las representaciones a través de la alucinación y la renegación. Al mismo tiempo intento introducir vínculos antitraumáticos. Así cuando Luis está desbordado, chillando y agitándose, yo exclamo “mamá, mamá, acabo de tener una pesadilla, enciende la luz, pero que sueño tan horrible!”, Luis, frente a este tipo de juego primero se queda desconcertado luego apropiándose lo va utilizarlo como anuncio señal de peligro. “Esta vez vamos a jugar a la horrible pesadilla”, dirá Luis al comienzo de la siguiente sesión.

Poco tiempo después, Luis pregunta: “Me han contado la historia del lobo, y ahora tengo miedo del lobo, pero los lobos no existen verdad? verdad que no?”. “Poco convencido de la solidez de su negación propone jugar al lobo y en vez de ponerse al lado mío como de costumbre, se pone enfrente. Amparándose del papel del lobo hace primero ruidos guturales y luego abriendo la boca se abalanza hacia mí, tenso y lleno de miedo. Yo asumo el papel de una niña que tiembla de miedo y que pide auxilio antes de que se la coma el lobo. Luis pide que juguemos la escena varias veces. A medida que la escena se repite, la angustia de Luis disminuye considerablemente y por primera vez en el análisis Luis expresará todo su agrado a comerme, a meterme dentro de su vientre, a retenerme, a expulsarme. Conjugando así el erotismo oral con el erotismo anal. Ejerciendo la esfinterización psíquica de sus orificios, lo que le permite representarse que estoy dentro de él. Luis va repetir hasta la saciedad este tipo de juego simbólico. Haciendo de mí su objeto esclavo, sobre quien ejercer un dominio absoluto, y cuando inesperadamente yo escapo a su control, Luis no podrá retener su llanto.

El gran drama se produce cuando una vez estando ya Luis sobre el umbral de la sala de juegos, a causa de un resfriado yo no pude retener la tos. Luis se paraliza, y rompe a llorar a lagrimas vivas, gritando “no! no!.. al mismo tiempo que mete un dedo en cada oreja. la madre llega corriendo, Luis se agarra a ella, y yo acabo introduciendo madre e hijo dentro del espacio terapéutico y les digo: “Esta vez soy yo quien provocó el accidente con mi tos, usted señora se ha comportado como una madre que sabe muy bien consolar a su hijo”. Luis para de llorar, la madre se despega de él y se regresa a la sala de espera. No hace falta que agregue como después de este drama, la transferencia de Luis se orientó hacia esa mala madre que yo vine a representar, que rompe los muros, que hace estallar las lamparas, que interviene quirúrgicamente su cuerpo... La madre que no ofrece una relación continente a su hijo.

Luis vivió mi tos como una irrupción inesperada, una explosión traumática, desorganizada. Pero, como dicen C. & S. Botella, mas que la irrupción, es la falta de representación, la falta de continente que es aquí lo traumatizaste.

El paso siguiente, como era de esperar consistió en poder jugar escenas edípicas o escenas en camino hacia lo edípico, utilizando una variedad sin fin de matrices continentes, lo cual ha permitido a Luis ensanchar su preconsciente con nuevas cadenas asociativas de representaciones. Apropiándose, con el tiempo, de mi capacidad metamorfizante, interpretativa, Luis podrá transformar su dolor físico en sufrimiento psíquico. Construyendo un dique de representaciones que le permiten de contener la hemorragia de sus afectos.

Pero no quisiera que al oír estas frases, dictadas por el imperativo del tiempo, ustedes piensen que el resto de la aventura analítica con Luis, fue, es, un paseo sin tropiezos.

No solo ha habido regresiones masivas de la parte del niño, sino también estancamientos repetitivos relevantes de la dinámica de la neurosis traumática, aunque en su conjunto no

muy diferentes a el análisis de cualquier otro niño con patología límite.

En cuanto a mí, lo que me pareció mas difícil de vivenciar en este tratamiento ha sido:

Primero: poder ocupar el lugar de la no-madre, encajar las identificaciones proyectivas del niño, soportar el desagrado inanimario que esto implicaba sin precipitarme a enviarle interpretaciones justas, sin duda, pero prematuras y defensivas de mi parte.

Segundo: el no responder a las solicitudes de “holding” que me pedía el niño.

A este respecto, mi trabajo en la transferencia ha consistido a ocupar contra viento y marea el lugar de la madre libidinal y/o el sitio del padre agente de la amenaza de castración, relegando el “holding”, los cuidados maternos, al entorno del encuadre.

Tercero: confrontarme a lo que había de no vivo, de comatoso, en el cuerpo de este niño, sin reprimir las angustias de muerte que esto suscitaba en mí.

Cuarto: colocar de entrada la escena interpretativa en contrapunto con la escena jugada. Escena interpretante desde donde participara la construcción del mundo interno y la historia de este niño.

Las Bacantes (3)

Yo hubiera querido como Anne-Lise, inaugurar mi ponencia con un mito, tal es nuestra costumbre, con este tipo de niños pero me contentaré con expresar el pensamiento de la lectura de “Los Bacantes”. En esta tragedia de Eurípides no solo es cuestión de la abolición de las diferencias entre Dionisios y su

(3) Rodolfo Rodríguez.

rival Penteo, entre el sacrificador y el sacrificado, si no también en el momento culminante de la tragedia, de la abolición de la diferencia de restos y de generaciones. Al comienzo Dionisios tomando los rasgos de un jovencito inofensivo, tierno y seductor es adorado, festejado por todas las mujeres y una parte de los hombres. Pero repentinamente la fiesta se transforma en infierno, las mujeres pierden el juicio atacando a todo el mundo niños y bestias, como poseídos por una violencia extrema e indiscriminada.

Hace justo cuatro años, los padres de Jaime, un niño de 9 años forzando mi disponibilidad, piden de entrevistarse conmigo. Acuden Jaime y sus padres. La madre, alguien que conozco de vista, me dice de entrada que el Profesor de psiquiatría infantil de Ginebra a quien fueron a consultar, ha aconsejado un psicoanálisis para su hijo, pero que ni él ni sus colaboradores tenían tiempo para hacerlo. Jaime con cara de contrariado se agita (de forma muy angustiada) mientras su madre habla. Como yo les pido que me hablen de Jaime y del motivo de su demanda. Los padres, a la defensiva, me dicen que aparte que Jaime es un niño muy inquieto como yo lo puedo observar lo único que les molesta es que Jaime no puede dormir solo en su cama. Y que todas las noches se viene para la cama de los padres durmiéndose al momento que se siente flanqueado de un padre de cada lado. Si cambian de casa, como durante las vacaciones, Jaime además se orina en la cama.

Jaime no tiene ningún problema en la escuela ni fuera de la escuela. Solo que tiene necesidad de estar ocupado todo el tiempo hace solfeo, flauta, órgano eléctrico, fútbol, judo y bicicleta. Y si no en la casa se ocupa con la computadora o algún otro juego educativo. Los padres dicen con mucha decepción que Jaime no tiene nada de imaginación. No ha jugado nunca solo, no lee, no mira la televisión, no hace trabajos manuales... nada que le acerque a mi dice él padre con amargura. Y la madre aún con más amargura agrega que siempre ha sido totalmente indiferente con su hermanito que ahora tiene 3 años.

La atmósfera se pone muy tensa y yo siento que estos padres están muy resentidos contra Jaime maquillando apenas un odio violento no sólo contra Jaime sino contra toda persona que buscara a justificar el comportamiento de este. Pensando en Eurípides y Dionisios, siento que en esta familia hace tiempo que la fiesta se volvió vinagre y que la violencia desatada anda buscando una nueva víctima, un sacrificador que será sacrificado.

Cuando me entrevisto solo con Jaime, este no solo no responde a mis avances parando todas mis preguntas con un “no sé” si no que me dice que no sabe dibujar, que no conoce ninguna historia, no quiere jugar, y no para de moverse durante toda la entrevista.

Dos cosas me intrigan que no me siento molesto con la aptitud de este niño narcisista y que me sienta atraído por los ojos de Jaime, ojos que siento muy vivos muy abiertos hacia el mundo que le rodea.

Pero visto la edad, la latencia, la falta de juego yo propongo a los padres de ocuparme de su hijo, con una cooterapia, en un grupo de psicodrama.

Los padres al oír esta proposición se ponen rojos de rabia. ¿Pero como es posible que el profesor insista sobre cuatro veces por semana y Vd. solo proponga un grupo irrisorio?. “¿Pero como puede ser que nuestra amiga nos haya dicho que Vd. se ocupa muy bien individualmente de su hija y que no quiera Vd. ocuparse de nuestro hijo?”.

Jaime sintiendo, seguramente, que las cosas se están poniendo muy feas, dice que por su parte el rechaza toda idea de grupo en cuanto a venir a verme como no sea los sábados, después de la escuela, que no cuente con él puesto que tiene sus jornadas repletas y me sorprendo a mi mismo diciendo que si que nos vamos a ver los sábados y que mas tarde ya veremos. En la primera sesión, después de haberla dicho que

aquí viene para expresar lo que se le ocurra, no importa cual sea la idea que le llega a su mente. Jaime mirándome con ojos irónicos se acomoda confortablemente sobre su silla, amparándose en una hoja y un lápiz me dice. Le voy hacer a Vd. un dibujo, y hace una serie de garabatos, sin formas alguna letra o palabra desconectada, cifras que no vienen a cuento... al mismo tiempo que se balancea a su gusto, tamborilea con el lápiz, silba una canción conocida, etc. De vez en cuando me solicita diciendo: pregunte lo que guste, a mi no me molesta. Frente a mí silencio me muestra su anti-dibujo preguntándome ¿Qué le parece, que piensa? Pero yo le respondo sinceramente que yo no pienso nada. Cuando Jaime se va me digo a mi mismo que las producciones de Jaime deben ser las famosas elementos beta. de Bion, desvinculados y desvinculantes. Las descargas motoras y musicales de Jaime deben ser las actividades autocalmantes de las que hablan los psicósomáticos de París.

Y como este tipo de sesión se repite varias veces yo me pongo a dudar de mis capacidades terapéuticas al mismo tiempo, Jaime un poco compungido sentencia “Mis padres decían que era Vd. tan inteligente o más que el Profesor, creo que están equivocados”. Sin embargo siento que al mismo tiempo que no hay circularidad entre nosotros por falta de comunicación. A otro nivel existe una relación bipolar, cuanto más grande me parece la sobrecarga afectiva, sobre todo por no poder pensarla, más livianas es la carga afectiva de Jaime.

Durante el resto de la semana algo empieza a inquietarme y es que en los momentos más inesperados los ojos de Jaime me vienen a la mente de una forma alucinatoria. Hasta que un día al levantarme por la mañana mirando al espejo mientras me afeitaba, mirando los ojos de Jaime y mirando los míos me parece evidente que esos dos pares de ojos pertenecen a la misma familia. Recuerdo entonces que acabo de soñar con mi hermano el que murió a la edad de Jaime a los nueve años y que las cejas, las pestañas el color de los ojos de mi hermano

son iguales a los de Jaime. Recuerdo también una escena terrible, una escena la víspera de su muerte, mi hermano, deficiente, alucinado a causa de la fiebre, con los ojos desorbitados de terror me pide que quite esos bichos negros que andan por la cama, yo solo tengo seis años, yo no pienso, no comprendo nada. En el sueño que acabo de tener la noche anterior soy yo quien se encuentra en peligro de muerte, sobre el borde de una presa que contiene un río crecido río que arrastra diversos materiales, troncos, piedras, tierra, animales muertos,... y yo no logro abrir las compuertas para que la represa no reviente.

Ante todo esto, mi hermano me contempla tranquilamente desde la orilla.

Inútil de decir que voy a servirme de la metáfora de la represa a punto de desbordar para interpretar a Jaime lo que experimento como vínculo en nuestra relación transferencial. Aprovechando esas representaciones obtenidas a través de una regresión formal del funcionamiento de mi aparato psíquico, voy a reintroducirles sobre la escena psicoterapéutica, no como la interpretación de mi contenido latente, sino como un contenido manifiesto que le permita a Jaime de imantar sus afectos conflictivos y avanzar en el ensanchamiento de su pre-consciente. En efecto Jaime que después de esta interpretación pide aumentar a dos sesiones la frecuencia del tratamiento, va sirviéndose de mi capacidad metaforizante para empezar a cambiar sus modalidades relacionales al interior y al exterior de las sesiones. Los padres extrañados que su hijo no venga más a su cama por las noches si no que cierra las puertas y ventanas de su cuarto metiéndose debajo de las mantas como si tuviera miedo de que alguien lo atacara, lo penetrara, vienen a verme para que yo les cuente lo que pasa en las sesiones de Jaime. Pero yo los atajo, diciéndole que son ellos quienes tienen que contarme la historia de Jaime desde un comienzo, desde su nacimiento. La barrera agresiva detrás de la cual se protegían estos padres cae como un telón dejando

aparecer un sufrimiento intenso. Los tres primeros años de Jaime fueron horribles, continuamente entre la vida y la muerte, nunca pudo dormir tumbado en una cama”, por las noches nos turnábamos para endormecerlo en los brazos, si lo soltábamos, despertaba y se ponía a gritar. “Hubo que hospitalizarlo varias veces lo vomitaba todo”. Lo peor dice la madre”, “lo peor es que durante sus primeras semanas de vida fui yo misma quien lo estaba intoxicando con mi propia leche y que no supe nada hasta que los médicos no dieron con el diagnóstico: lactosemia. Luego con la dieta tardó mucho en recuperarse. Y al padre de agrego al final, nunca hemos hablado de todo esto con Jaime.”

Cuando en la sesión siguiente empiezo por decir a Jaime que he visto a sus padres, éste me obliga a callar. El ya sabe que estuvo muy mal y que a poco se muere pero eso ya pasó, y no es cuestión de perder tiempo pues trae mucho trabajo para mi. Saca un cronómetro, me pone una multiplicación de un número con trece cifras por otro de 9 cifras. A ver si eres capaz tienes 3 minutos para realizar la operación. Como no lo logro me pone una suma muy complicada. “A ver sumar es mas fácil, tienes un minuto”. Frente a la imposibilidad de la tarea y como protesto diciendo que no soy una máquina. Jaime dice: “pero si ya lo se solo quería ver tu reacción”. Aprovechando este momento de transferencia positiva por mi mente le tiendo una hoja y le digo que me dibuje el monstruo que le infunde tanto miedo. Jaime dice que delante mío no lo hará, pero que lo hará en casa y se lleva la hoja, y a la sesión siguiente Jaime arrojando la hoja sobre la mesa “Ahí lo tienes tu monstruo, pero te advierto que ya no me da miedo con una llave de judo en dos segundos lo dejo frito”.

Seguro que ya han adivinado quien representaba este dibujo. Un cincuentón calvo, con bigote y anteojos... solo que me vistió con un kimono y me puso un sable en las manos. No voy a desarrollar aquí mi trabajo desde mi escena interpretativa sino subrayar que a partir de esta construcción simbólica

Jaime pudo jugar con toda una red de representaciones de cosas vinculadas con las representaciones de palabras que le permitieron elaborar sus angustias de muerte y de instalar un sistema de defensas fóbicas contra los miedos que ahora sí podía nombrar.

Para terminar este relato de la instalación de la relación psicoterapéutica con Jaime solo diré, que poco tiempo después de nuestra primera separación por causa de vacaciones. Este niño tuvo su primera pesadilla que la madre anotó para que la trajera al espacio terapéutico a mi regreso. Jaime se veía en el sueño, solo, jugando con una pelota, en una calle. La pelota rodó pendiente abajo hasta una cuneta cuando fue a recogerla, una noma salió de una alcantarilla y agarrándole lo tiro y lo hizo desaparecer en los profundidad del centro de la tierra.

¿Cuál fue el valor económico de esta pesadilla? Al distanciarme de la escena terapéutica Jaime fue perdiendo el afecto y la representación continente del terapeuta, amenazado durante la noche oscura de pérdida de sus construcciones metafóricas continentes Jaime atraviesa la regresión formal del sueño, figuró la pérdida de la representación misma para servirse como señal de alarma que le permita combatir la angustia que la no-representación implica. Sirviéndose luego de su madre y de la escritura para consignar sus representaciones en espera de poderlas analizar en la transferencia de la relación terapéutica. Evitando así que estas representaciones fueran desvinculadas, trituradas en el seno de sus mecanismos de descarga motora autocalmante si pero, vaciadores del afecto.

Yo quisiera agregar un punto más a los señalados por Anne Lise anteriormente que yo resumiría así: Más allá del desafío a lo desconocido y de un trabajo asociativo sobre mi escena infantil lo, que me permitió de tolerar este tipo de situación tan violenta y desorganizante, es la posibilidad de poder transformar mi masoquismo exógeno en masoquismo femenino a través de la desorganización de la relación al otro.

Nuestra intención final es de seguir abriendo el número de interrogantes que Vds. podrían estar planteándose con nuestra ponencia.

El libro chino Tchonany-tse, escrito cuatro siglos antes de nuestra era relata las preguntas que se hacen tres taoístas.

¿Quién puede sentirse vinculado al otro sin estar vinculado al otro?.

¿Quién puede actuar con los otros sin actuar en los otros?.

¿Quién puede subir al cielo, jugar con las brumas de la obscuridad, bailar con el infinito, perder la consciencia de la vida, sin cansarse?.

Los tres taoístas se sonrieron al mirarse. Ninguno de ellos sintió sentimientos contrarios en su corazón y los tres se liaron de amistad.

BIBLIOGRAFIA:

- BION WILFRED. (1963, London) Aprendiendo de la experiencia. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
- BOTELLA CÉSAR y SARA (1983), Notes critiques sur la figurabilité et l'interprétation, in Rev Française de Psychanalyse, 1983 n.º 3.
- BOTELLA CÉSAR y SARA (1988), Trauma et topique in Rev. Française de Psychanalyse 1988, n.º6.
- GREEN ANDRÉ. Le travail du négatif in Rev Française de Psychanalyse, 1986, n.º1.

LA PATOLOGIA NARCISISTA HOY*

Otto Kernberg**

Ha sido difícil decidir si les voy a seleccionar un tema específico o un panorama general sobre narcisismo, tal como veo el tema en la actualidad. He decidido dar un panorama general, eso significa tocar una multitud de temas. El peligro está en quedarse en la superficie y ser dogmático por no tener tiempo de desarrollar el tema en profundidad; pero, por otro lado por lo menos les da una visión a vuelo de pájaro de lo que pienso. En la discusión podrían hacer preguntas, confrontadas con críticas, lo que permitiría profundidad en el tema.

Para empezar por la base:

Definiciones

Hay dos definiciones de narcisismo. Una, a nivel metapsicológico, psicoanalítico: **el narcisismo es el investimento del Yo (o del Self) con líbido**. Una definición breve y elegante, que oculta todo tipo de problemas. En primer lugar, el hecho de que lo que llamamos el Yo, incluye lo que ahora modernamente se considera el Self, es decir, el Yo, no como una estructura abstracta, metapsicológica, (Yo, Ello y Super Yo), sino Yo

*Texto tomado de la grabación de la 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.

**Psiquiatra Psicoanalista Médico Director del Servicio de Psiquiatría Universidad de Cornell (New York).

también como estructura subjetiva, Yo como integración del concepto de sí mismo, o sea el Self. Es importante tener en cuenta que Freud siempre utilizó el concepto "ich" desde que desarrolló lo que se llama en Europa, la segunda tópica, (en Estados Unidos, la teoría estructural). Es decir, narcisismo, desde un plano metapsicológico, es la investidura, no simplemente del Yo como aparato, sino del Self como estructura subjetiva.

En el plano clínico: **narcisismo se refiere a la regulación normal o patológica de la autoestima.** Desde este punto de vista, puede haber una regulación de la autoestima normal o patológica, que a su vez depende de una serie de estructuras psicológicas complejas. Y es ahí donde lo clínico práctico se enlaza con la metapsicología.

No hay una concepción única sobre narcisismo en el psicoanálisis. Existe lo que yo llamaría la escuela francesa, (cuando hablo de la escuela francesa me refiero a la corriente no lacaniana: Grumberger y André Green), está la escuela Kleiniana, especialmente las contribuciones de Herbert Rosenfeld que me han influido enormemente, está la escuela de la psicología del Self de Kohut, frente a la cual, como ustedes saben, tengo actitudes muy críticas y, también mi posición.

Mi posición deriva de la escuela de la psicología del Yo americana, pero de un subgrupo de esa escuela que incluye una teoría de relaciones de objeto, especialmente la que comenzó con Erikson, siguió con Edith Jacobson y Margaret Mahler, que me han influido mayormente y que corresponden por otro lado y en muchos sentidos, a la teoría de relaciones de objeto desarrollada tanto por la escuela Kleiniana, como por la escuela Independent group (especialmente Fairbairn) en Inglaterra. Ustedes ya habrán reconocido en mis puntos de vista la influencia tanto de Edith Jacobson como de Fairbairn.

Creo que las definiciones son comunes a todas las escuelas, en tanto que las formulaciones teóricas y las implicaciones

clínicas, muy diferentes,. Desde este punto de vista tengo que limitarme de momento a hablar de mi propia posición y lo voy a hacer de ahora en adelante, pero estoy dispuesto a discutir los puntos de vista alternativos, si ustedes lo desean, en la discusión que sigue.

Para empezar desde un punto de vista clínico, yo creo que **hay que diferenciar el narcisismo normal adulto de la patología narcisista que, a su vez, es o infantil, o una patología de inversión de la relación objetal dominante, y, por último, la patología de la personalidad narcisista.**

Debo decir en este sentido que Freud en su trabajo inicial sobre el narcisismo, describió las entonces llamadas neurosis narcisistas (que son las psicosis). Ya no utilizamos el término narcisismo para eso, desde un punto de vista descriptivo-estructural, y en cuanto a que hay problemática narcisista en toda patología, ya el concepto deja de tener un aspecto específico, y yo trataré de hablar de la patología específica narcisista.

Narcisismo normal adulto

La regulación de la autoestima normal está dada por la integración del concepto de sí mismo que, a su vez, depende de la capacidad de desarrollar lo que, en teoría Kleiniana, se llaman relaciones totales de objeto, e integrar representaciones buenas e idealizadas de sí mismo con representaciones malas y persecutorias de sí mismo. De esta integración viene el concepto del Yo normal, y este Yo (o Self) normal es investido libidinalmente y asegura tanto una sensación de continuidad de la experiencia subjetiva, como de valoración de sí mismo. El narcisismo normal, entonces, está basado en la integración de libido y agresión en las representaciones parciales de sí mismo, que están integradas en el concepto del Self.

El Self está protegido secundariamente por la integración a la vez de representaciones significativas de otros; tenemos un

mundo interno de representación de las personas que queremos y que nos quieren a nosotros, un mundo interno en nuestro corazón que nos protege libidinalmente hasta cuando externamente estamos solos; en cambio, como veremos, en las estructuras narcisistas tenemos un mundo interno destruido. El narcisismo normal también está protegido por un SuperYo normal, una moralidad inconsciente y consciente que nos aprueba en cuanto que vivimos a la altura de las demandas del Ideal del Yo y de las prohibiciones (de los aspectos prohibitivos) del SuperYo. Esto también asegura la autoestima y hace, por ejemplo, que cuando nos critican y sentimos que la crítica es objetiva, nos sentimos mal, pero no nos provoca una melancolía. El SuperYo normal nos protege de reacciones excesivas autoagresivas.

El narcisismo normal también está protegido por la gratificación de nuestros instintos: la gratificación de nuestros impulsos instintivos, la gratificación sublimatoria de impulsos agresivos y la gratificación de impulsos sexuales, favorece el narcisismo normal.

Narcisismo infantil

El primer grado de narcisismo patológico como les dije, es el narcisismo infantil, que existe en toda la patología de carácter, en todas las neurosis, por cuanto todos los conflictos neuróticos se basan en una fijación de conflictos infantiles, entre impulsos infantiles y el SuperYo infantil. Puesto que el SuperYo infantil mantiene demandas y prohibiciones infantiles, la autoestima infantil depende de valores infantiles y por tanto el narcisismo infantil no es el mismo que el del adulto, y toda patología neurótica contiene también una patología narcisista en el sentido de una fijación a ese narcisismo infantil. Ejemplo: una niña de cuatro años se siente muy bien porque está limpia y no tiene ninguna conducta mala sexual y no se masturba. Eso está bien para una niña de cuatro años, una mujer de 30 años

que se rige según estos principios, tiene muy mala situación en la vida real. En este sentido, el narcisismo infantil es una problemática envuelta en el mantenimiento inconsciente de los valores infantiles del SuperYo, en contraste con los valores adultos. Pero esto es una patología no específicamente narcisista.

Más específico, pero a un nivel intermedio de gravedad: la inversión de roles entre sí mismo y objeto, que Freud describió como patología narcisista en su famoso trabajo de 1914, en aquellos homosexuales masculinos que quieren a otra persona como si fuera ellos mismos, mientras ellos se identifican con un madre y quieren a su pareja homosexual como quisieran que la madre los hubiera querido a ellos. Existe ahí una patología narcisista, un amor narcisista, se quiere a la otra persona que se representa a sí misma, pero al mismo tiempo, en cuanto a que uno se identifica con el objeto de este Yo proyectado, actúa una relación de objeto, si bien con roles inversos, el Yo en el rol de objeto, el objeto en el rol del Self.

Estos son casos relativamente poco frecuentes pero que vemos donde hay un amor narcisista pero también existe la capacidad de relación de objeto, de investidura de objeto, y en el fondo no es una patología mucho más grave que la patología general neurótica.

A propósito, metámonos en enredos metapsicológicos para decir que la clasificación de Freud del amor, en amor anaclítico o dependiente y amor narcisista, es una clasificación muy cuestionable, como Laplanche lo ha descrito brillantemente en su análisis. Si decimos que en el amor anaclítico, por ejemplo, un hombre ama a la mujer que lo alimenta o al hombre que lo protege, o a sus sustitutos, es decir que en el fondo se ama a la persona porque lo va a gratificar a uno, es un amor narcisista al mismo tiempo. Y cuando hablamos de amor narcisista, en el cual se ama lo que uno era, lo que uno quisiera ser, o alguien que era parte de uno, hay una relación de

objeto y uno se identifica con el objeto. Cuando decimos que los padres aman al bebé, la relación de objeto primaria es, al mismo tiempo, una relación narcisista.

A medida que examinamos estos conceptos, tenemos que llegar a la conclusión de que narcisismo y relación de objeto, investidura de sí mismo e investidura de objeto, normalmente son indisolubles, no pueden separarse y que hay una oscilación, una alternancia constante entre investidura de sí mismo y de objeto: y veremos que esta realidad se nos confronta una y otra vez.

Para adelantarme a lo que pasa en las estructuras narcisistas: no es simplemente que se aman a sí mismos y no pueden amar a los demás, sino como decía Van de Waals “ se aman muy mal a sí mismos, al mismo tiempo que muy mal a los demás”, y esto me lleva a la personalidad narcisista.

Personalidad narcisista

Es el tipo más grave de patología narcisista, la única patología narcisista que Freud no describió y que hoy en día tiene enorme importancia. Primero, porque es muy frecuente: pensamos que hasta un 30% de las patologías graves de carácter tienen esta estructura narcisista en un grado significativo; segundo, porque esta patología narcisista afecta profundamente, hasta en los mejores casos en que no hay mucha patología temprana, la capacidad de relaciones de amor, una función fundamental de la vida; y tercero, porque las estructuras narcisistas tienden a provocar fenómenos de grupo, psicología de masas, y tienen una proyección sociológica muy importante. Es una aplicación del psicoanálisis, pero muy importante, porque, si ha habido un nuevo desarrollo en la técnica psicoanalítica en los últimos 30 años, es la capacidad de tratar estas estructuras, de cambiarlas, de mejorarlas y transformar profundamente el destino de los individuos comprometidos.

En forma brevísima, lo esencial de la personalidad narcisista, es que no logra integrar ese Yo normal que les describí como parte de la definición de narcisismo normal, sino a base de graves conflictos entre amor y odio, conflictos derivados fundamentalmente de una condensación entre conceptos preedípicos y edípicos, pero con un predominio de agresión preedípica. No logra integrar ni un Yo (o Self) normal, ni representaciones integradas de objeto normales. Se mantienen las escisiones profundas del Self y de los objetos internalizados y, como defensa secundaria, se establece un Yo grandioso patológico, a base de la condensación de imágenes idealizadas de uno mismo e imágenes idealizadas de objetos externos. O sea: los componentes idealizados de sí mismo y del objeto que, normalmente, o se integran en un Yo en que lo idealizado, lo bueno y lo malo se integra, o en un SuperYo, que integra idealizaciones (el Ideal del Yo) con las prohibiciones del SuperYo, en vez de este proceso normal, todas las idealizaciones se acumulan en este Yo patológico grandioso con varios efectos nefastos, que veremos a continuación.

Las estructuras idealizadas del SuperYo no logran integrarse, predominan las estructuras agresivas persecutorias del SuperYo, que a su vez son difíciles de tolerar y se re proyectan, lo que produce una debilidad del SuperYo, pérdida de la función normal del SuperYo de proteger el narcisismo del Self. El Self es un Self patológico grandioso que está en peligro constante de chocar con la realidad, en la cual uno no es el rey del mundo en todas las relaciones con los demás y, al mismo tiempo, la falta de integración de relaciones de objeto internalizadas, empobrece las representaciones de objeto, el mundo interno de los demás en el corazón de uno, con la absorción de los aspectos idealizados de los demás, y la re proyección de lo indeseado, lo malo, lo persecutorio de los demás a objetos exteriores que a su vez son desvalorizados. O sea, hay un empobrecimiento del mundo de relaciones internas de objeto, un Yo patológico grandioso desnudo como quien dice, en

cuanto a su necesidad y capacidad de gratificación narcisista, y se produce entonces un peligro grave y constante de la autoestima, que fluctúa entre una grandiosidad habitual y repentinas quiebras, con profundos sentimientos de inferioridad, de desesperación como es frecuentemente descrito en la patología de la personalidad narcisista.

Desde un punto de vista psicodinámico, un elemento central descrito originalmente por Melanie Klein y después por Herbert Rosenfeld, es la manifestación de agresión preedípica en la forma de un afecto dominante que es la envidia. Sin necesidad de estar de acuerdo con la teoría kleiniana de una capacidad innata de envidia, podemos estar de acuerdo en que la envidia, tanto consciente como inconsciente, es una emoción central en las estructuras narcisistas. La formación de un Yo patológico grandioso protege a estos individuos contra la envidia inconsciente, insuficientemente, sin embargo, porque, en general, sufren de envidia conscientemente. Pero mucho más allá de lo que sufren conscientemente de envidia, está la envidia inconsciente, y en el tratamiento analítico, como saben ustedes, primero tienen que enfrentarse con el aumento del sufrimiento y de la consciencia de envidia.

Resumiendo, desde un punto de vista clínico, las personalidades narcisistas se caracterizan por: un amor patológico de sí mismos con grandiosidad, una sensación de tener derechos de privilegio, exhibicionismo, exageración de la importancia de las aspiraciones personales, dependencia excesiva de admiración de los demás, superficialidad personal por la falta de integración en profundidad del sí mismo y de representaciones de los demás, y esta oscilación entre grandiosidad e inferioridad, que les mencioné.

Desde el punto de vista del amor de los otros, un amor patológico caracterizado por tendencia a idealizaciones transitorias, devaluación, tendencia explotadora, incapacidad de depender (porque necesitan que los admiren, pero no pueden realmente depender por no poder tolerar profundamente el

hecho de necesitar a aquellos de quienes dependen), falta de empatía con los demás, dificultad en someterse a relaciones en profundidad y, por la falta de integración del super Yo normal que ya les mencioné.

Manifestaciones de patología del SuperYo que, en los casos relativamente leves, se ven en su incapacidad de experimentar tristeza, añoranza, y, si es que se deprimen, es una desesperación profunda, y primitiva, tendencia a graves alteraciones del estado de ánimo, predominio de una cultura de vergüenza sobre una cultura de culpa (no roban, no por culpa, sino por temor a que los pillen y a la vergüenza de ser pillados) y de valores infantiles, es decir, ver su superioridad asegurada por la belleza física, lo hermoso de la vestidura, por propiedad de objetos brillantes y hermosos, todo lo que convencionalmente pudiera darles la admiración de los demás. En resumen, las manifestaciones de un SuperYo de valores infantiles.

Estos son rasgos relativamente leves de patología del SuperYo, pero hay ciertos casos de patología narcisista en que existe un grave alteración del SuperYo, más allá de lo que les he descrito. Estos son pacientes en que hay franca conducta antisocial y en que la agresión que normalmente está reprimida, disociada o proyectada en las estructuras narcisistas que funcionan mejor, vuelve, infiltrando el Yo patológico grandioso.

En las estructuras narcisistas menos graves, el Yo patológico grandioso, investido con libido, defiende al individuo efectivamente contra la agresión, excepto cuando graves ataques a la autoestima, heridas narcisistas, producen estados momentáneos de rabia. Pero en los casos más graves, hay tanto un deterioro más grave del Super Yo como una infiltración del Yo patológico grandioso con agresión.

La causa común de estos dos desarrollos es un predominio cuantitativo mucho mayor de agresión en los conflictos inconscientes profundos, una envidia mucho más profunda y destructora, y un predominio, no sólo de una emoción de envi-

dia sino de odio, como la estructura caracterológica más profunda. Nos encontramos aquí no sólo con la psicopatología de la envidia, sino con la psicopatología del odio, y vamos a tener que hablar un poco sobre la psicopatología del odio.

Como consecuencia de este predominio de la agresión, menos se tolera el SuperYo prohibitivo, que sería extremadamente sádico, y se le proyecta en forma de tendencias paranoides. El SuperYo se debilita, tolera la conducta antisocial, hay tendencias paranoides, la agresión invade el Yo patológico grandioso y se produce una autoadmiraación en cuanto a la agresión, ya no es simplemente ser el individuo más guapo, más rico, que tiene los coches más nuevos y brillantes, sino el más cruel, el que tiene menos miedo al dolor, a la muerte, a la herida y se produce una agresión egosintónica, un sadismo caracterológico que puede estar también dirigido contra sí mismo, en el sentido de una autodestructividad, con el orgullo de que uno no tiene temor a la muerte, a la enfermedad, a la herida. Por el contrario, está por encima de todos los comunes mortales que temen a estos desastres, y encontramos tendencias automutiladoras crónicas, en vez de un sadismo caracterológico o en combinación con sadismo caracterológico.

Esta combinación de personalidad narcisista, tendencias paranoides, tendencias antisociales, sadismo caracterológico o automutilación crónica, constituye el **síndrome de narcisismo maligno**, que es la forma más grave de las personalidades narcisistas y es intermediario entre la personalidad narcisista propiamente tal y y la personalidad antisocial. La personalidad antisocial o psicopática es la forma más grave de patología del carácter, y está constituida por estructuras narcisistas y una destrucción total de la capacidad del SuperYo, una ausencia total de sistema internalizado de valores, incluso una incapacidad de empatizar con los sistemas de valores de los demás, una falta total de capacidad de investidura de amor hacia sí mismo o hacia los demás, un dominio total de la vida psíquica por la agresión sobre el amor.

Si el narcisismo normal está basado en la integración subyacente entre libido y agresión, y el narcisismo patológico está basado en la incapacidad de esta integración, podríamos agregar que esta incapacidad a su vez tiene varios grados: represión, disociación, proyección en la estructura narcisista habitual; infiltración de las estructuras del SuperYo y del Yo por agresión en el narcisismo maligno; y destrucción total de la estructura del SuperYo y de las capacidades de investidura libidinal en la personalidad psicopática.

Esto me lleva a referirme brevemente a la teoría del narcisismo de muerte de los autores franceses, (descrito originalmente por Grunberger, después por André Green), refiriéndose a un deseo original de no existencia como modo de evitar todo conflicto y todo sufrimiento, secundariamente expresado en depresiones gravísimas en que la autoagresión del SuperYo, los vuelve regresivamente a esta depresión primaria relacionada con los impulsos de muerte.

A mi juicio en esta teorización se confunden dos tipos de situaciones, una en la cual existe una falta de desarrollo de la vida afectiva normal, por gravísimos conflictos objetales, traumatización, enfermedad crónica en los primeros meses o años de vida, una desorganización afectiva que impide la integración normal tanto de afectos como de relaciones de objeto primitivas, y lleva a esta destrucción de la vida profunda simbolizada, que existe en lo que en los Estados Unidos se llama alexitimia o en Francia “la pensée opératoire”, o sea, organizaciones con falta de desarrollo de estructuras simbólicas psíquicas, debida a la patología que les mencioné; y otro tipo de casos en los cuales también por graves conflictos tempranos, se organiza la agresión primitiva en una forma tan extrema que lleva a una autodestructividad primitiva que está reflejada en el narcisismo maligno y en la estructura antisocial o psicopática.

Esto me lleva entonces a la **psicopatología del odio**. En forma muy breve, referiré mi conceptualización sobre el origen de las pulsiones agresiva y libidinal. He propuesto que afectos

primitivos extremos constituyen las piedras de construcción de las pulsiones de agresión y libido; es decir, que las pulsiones de agresión y libido, son integraciones jerárquicamente supraordenadas a efectos básicos que las constituyen. Libido que, si bien está basado en los primeros afectos de fusión libidinal placentera entre bebé y madre desde este punto de vista, agrega a esta sensación placentera que se maximiza en los momentos de relación simbiótica la capacidad de excitación sexual y, gradualmente, centra la libido en la excitación sexual como el afecto básico de libido. Excitación sexual que, a su vez, según sabemos hoy, se desarrolla gradualmente desde los primeros meses de vida, basada en la relación sexual madre-bebé.

Del mismo modo, la agresión como pulsión, se organiza a base de las primeras experiencias de rabia, que son reacciones afectivas inmediatas frente a frustraciones o dolor, como medio primitivo de evacuar frustraciones y dolor, y que, bajo condiciones extremas y patológicas, evolucionan hacia el odio como un afecto agresivo secundario, permanente, estructurado, con el objeto de destruir el objeto odiado que origina el sufrimiento, el dolor. Podemos decir entonces que, a base de rabia primitiva, van elaborándose en escalones sucesivos etapas de organización del odio: primero rabia como eliminación de las fuentes de irritación, afecto agresivo transitorio; después, rabia como esfuerzo de eliminar un obstáculo o una barrera para la gratificación; después, rabia para destruir a un objeto frustrante. Ya en este momento la rabia se transforma en odio, y la internalización de una relación de objeto entre Self furioso y objeto odiado, internaliza no sólo la relación de objeto, sino la emoción de rabia transformada en destructividad crónica, en odio, Y este odio evoluciona, primero, en una búsqueda de destrucción del objeto; segundo, si esto no basta, en una destrucción de la realidad, un deseo de destruir la realidad, el mismo conocimiento del objeto, la percepción del sufrimiento, la autodestrucción total como único medio de eliminar el objeto del odio y a sí mismo como sujeto que sufre.

Esto es la destrucción defensiva de la realidad que ha descrito, por ejemplo, Bion, y que lleva a algunas de las manifestaciones de patología más profunda en pacientes con graves trastornos caracterológicos. En un grado más discreto, esto se transforma en el sadismo, el deseo de hacer sufrir al objeto odiado sin que desaparezca el objeto odiado; después, simplemente en el dominio del objeto odiado, la transformación de un sadismo primitivo en estructuras obsesivas; y, finalmente, la sublimación de la agresión en la afirmación de la autonomía personal.

Como ustedes ven, estoy describiendo la evolución afectiva en paralelo con el cambio de la relación de objeto, en paralelo con la transformación de afectos en superestructuras que los coordinan, en este caso, la agresión. Odio es a agresión como excitación sexual es a libido.

Hemos hablado de la relación entre narcisismo y libido desde un punto de vista estructural y, en cierto sentido, clínico. Y quizás se podría agregar aquí otro tema más. El hecho de que la agresión primitiva tenga como objeto no sólo la destrucción del objeto sino de sí mismo, liga la problemática de agresión y de narcisismo con el masoquismo.

El **concepto de masoquismo** también está en fluctuación, igual que el concepto de narcisismo. Lo que llamamos masoquismo se extiende a través de una gradación extrema desde la normalidad (porque la importancia del SuperYo en la vida cotidiana hace imposible que no haya un cierto masoquismo en la adaptación normal psicológica a sí mismo y a los demás. En todos los esfuerzos, para trabajar, amar, sobrevivir, triunfar, hay un elemento masoquista -que clínicamente no tiene importancia, hasta un extremo opuesto, en que el deseo de destrucción total para evitar todo sufrimiento es una agresión primitiva autodestructiva, pero en la cual ya es difícil hablar de masoquismo, en el sentido de que faltan ciertos elementos específicos que caracterizan los grados intermediarios de esta patología, es decir, una relación del masoquismo con la sexua-

lidad y con el SuperYo. Si definimos masoquismo como una patología específica de la sexualidad y del SuperYo, tenemos que eliminar esta autoagresión más primitiva y más grave, en la cual ya no hay sexualidad ni SuperYo.

Dejando al margen esta patología más primitiva, nos encontramos con el siguiente desarrollo de las tendencias auto-destructivas:

En el sujeto normal la capacidad de experimentar placer sexual con el dolor físico discreto, capacidad que le da el tinte agresivo a la excitación sexual, que es un elemento esencial de la excitación sexual (y desde un punto de vista psicológico apunta hacia el hecho de que la mayor fusión entre madre y bebé no se produce solamente bajo momentos de estimulación libidinal, de gratificación total del bebé al pecho, sino también bajo momentos de dolor y de rabia extremos). Hay una simbiosis de la agresión, lo mismo que la simbiosis del amor, y un derivado de esta fusión bajo el signo de la agresión es el elemento de dolor en la excitación sexual, que aumenta la sensación de fusión con el objeto y que permite que impulsos agresivos sean reclutados por la excitación sexual y provean de un elemento masoquista a la excitación sexual. Es el primer paso de la integración de la agresión al servicio del amor.

Si la agresión es discreta, este masoquismo sexual es todo lo que necesitamos para manejarlo, por decirlo así. Si la agresión es excesiva, este masoquismo integrado al polimorfismo sexual infantil, es conducido a una perversión masoquista específica, que contiene la agresión en las características específicas del masoquismo sexual, como perversión específica, el deseo de sufrir como precondition para gozar sexualmente, el deseo de ser humillado, el deseo de ser controlado por el objeto, la sensación de fusión, de amor con el objeto bajo condiciones de control, humillación, sufrimiento.

Si esto no es suficiente para contener la agresión, ésta puede ser integrada dentro del SuperYo. La culpa derivada de

conflictos edípicos por impulsos sexuales infantiles es expresada en el deseo de sufrir como precio a pagar por la gratificación sexual, transformada simbólicamente en el deseo de sufrir como condición para ser amado por el objeto idealizado y ser perdonado por las culpas propias. Un SuperYo sádico absorbe la agresión y permite el masoquismo moral, como siguiente etapa de control de la agresión dentro del aparato psíquico.

Si no es suficiente la absorción de la agresión en el SuperYo sádico neurótico, puede haber una dispersión general de agresión en estructuras caracterológicas sádicas, una disociación y reproyección secundaria de un SuperYo que no se tolera, y nos encontramos entonces con una estructura sadomasoquista, que expresa el masoquismo de una forma patológica caracterológica crónica.

En resumen, el masoquismo es un gradiente que empieza con el polimorfismo sexual normal, sigue con la perversión masoquista, el masoquismo moral, y la estructura sadomasoquista. En el peor de los casos, encontramos una combinación de todas estas condiciones. En sí esto no indica un narcisismo patológico y puede existir sin la condensación de un narcisismo patológico. Pero en la práctica clínica nos encontramos dos superposiciones de patología masoquista y patología narcisista:

La más grave, la infiltración agresiva del Yo patológico grandioso que les mencioné, en que la grandiosidad se expresa como una grandiosidad autodestructiva. Hay una autodestructividad primitiva que podría llamarse masoquista, -a pesar de que me parece una exageración del concepto-, es una autodestructividad primitiva integrada en un narcisismo patológico.

Y también, la racionalización narcisista de toda la patología masoquista, es decir, el esfuerzo de mantener la autoestima, racionalizando el funcionamiento masoquista. El individuo ma-

soquista moral se cree el más puro y decente, mientras sufre todos los pecados del mundo, es un narcisismo infantil normal si se quiere, que defiende la estructura masoquista. Por ejemplo, la mujer con estructura masoquista con una aventura amorosa desgraciada tras otra, que siente en su superioridad moral sobre los hombres que la abandonan, una protección de su autoestima, es un narcisismo secundario en estructura masoquista.

Por otro lado, grave patología narcisista puede aparecer como si fuera una patología masoquista, por la destrucción de todas las relaciones satisfactorias. Por ejemplo, tomemos nuevamente el caso de una mujer con grave narcisismo, que admira hombres idealizados mientras no le responden; en cuanto le responden, los desprecia - el típico modelo narcisista, la devaluación del objeto conquistado-. Desde un punto de vista superficial, una persona así puede presentar una promiscuidad sexual autodestructiva, -terminar con las manos vacías- da una impresión masoquista, cuando lo que sucede es una devaluación narcisista de todas las relaciones logradas. Lo opuesto es el caso de una mujer con personalidad masoquista, que da la impresión de rechazar a todos los hombres, todas las relaciones buenas, porque no las puede tolerar. La diferencia clínica entre estos dos casos, masoquismo secundario y estructura narcisista, es que, en las estructuras narcisistas, no existe la capacidad de una relación de objeto profunda, mantenida, no explotadora, mientras que, por el contrario, en las estructuras masoquistas, las relaciones que más perduran son las de sufrimientos crónico, una relación en que se sufre crónicamente se mantiene mucho más fácilmente que una relación que pudiera ser satisfactoria.

Algunas implicaciones clínicas prácticas.

Diagnóstico diferencial

Como ejemplo, tomaremos el diagnóstico diferencial del narcisismo en los adolescentes.

Lo esencial para diagnosticar una estructura narcisista en un adolescente es, primero la existencia de una estructura fronteriza de la personalidad, es decir, la presencia de difusión de identidad, que clínicamente se manifiesta en la falta de integración de relaciones de objeto, falta de capacidad de describir en profundidad las personas más importantes de la vida del adolescente, mientras que la descripción de sí mismo puede estar integrada, pero en una forma grandiosa, falsa, y no con la introspección y ambivalencia de la integración del Self normal.

Los adolescentes con estructura narcisista mantienen un buen criterio de realidad y dan la impresión a menudo de una buena adaptación superficial, especialmente aquellas estructuras narcisistas adolescentes más leves, y que utilizan la estructuración de grupo de la vida adolescente para la integración, un grupo que los acepta automáticamente porque han sido amigos de escuela desde hace mucho años y, cuando el grupo se diferencia en parejas, en la adolescencia tardía, se produce la sensación de estar perdido, de soledad, de dificultad de establecer relaciones de pareja. Del mismo modo hay dificultades para tener un ideal de vida, una profesión, tener un modelo que el individuo quisiera ser, hay falta de orientación para algo que les interese, falta de motivación profunda en cuanto a trabajo o intereses. Toda esta problemática señala a estas estructuras narcisistas relativamente menos graves.

Es muy característica en todos los casos de estructura narcisista adolescente, una falta de integración de valores del SuperYo adulto; la adolescencia es un período ideal para reorganizar los valores, establecer los propios valores de vida en contraste con los valores de los padres y el adolescente narcisista no muestra estas características. Encontramos una falta de diferenciación personal en el plano ético, estético o moral de lo que le interese y, por el contrario, un pensamiento excesivamente indiferenciado y convencional. Al mismo tiempo, la capacidad normal para diferenciarse de los valores y la personalidad de las personas más importantes que lo rodean, que

los adolescentes tienen en forma casi excesiva, falta en las personalidades narcisistas.

Son típicos los conflictos en el estudio, ser los mejores alumnos del curso o los peores. Los mejores alumnos del curso en las materias en las que tienen un talento natural, en que no necesitan estudiar, no necesitan esforzarse, su grandiosidad normal se refuerza; pésimos alumnos ahí donde deberían hacer un esfuerzo, donde, por lo tanto, tienen que reconocer valores externos que es penoso integrar, que despiertan envidia, lo que provoca una defensa secundaria de devaluación de aquello que les es difícil. Si aprenden a esquiar y pueden hacerlo a la primera, pueden llegar a campeones de esquí; si tienen dificultades en las primeras lecciones, pudieran no aprenderlo nunca, esta es una conducta muy característica.

En las relaciones sociales, las amistades tienen un carácter de explotación, de ignorar la personalidad de los amigos, establecer relaciones de dominio y de control sobre otros. Y en cuanto a las relaciones amorosas, la incapacidad de enamorarse, lo que refleja la falta de desarrollo de las capas superiores del SuperYo, y de la capacidad de proyección sobre la otra persona del Ideal del Yo maduro, lo que es un aspecto muy importante del enamoramiento normal.

Muchas veces la grandiosidad en las fantasías profundas de estos adolescentes está oculta en la superficie por timidez relacionada con vergüenza, temor a ser criticado o ser rechazado, y es en la vida de fantasía profunda donde encontramos las manifestaciones del Yo patológico grandioso.

Como ustedes ven, se puede analizar en el adolescentes la existencia de las manifestaciones del Yo patológico grandioso, la difusión de identidad subyacente, la patología del SuperYo, la patología de las relaciones de objeto y de amor. Si un adolescente tiene tendencias antisociales, es sumamente importante plantearse de inmediato el diagnóstico diferencial de toda la patología que les he mencionado.

1. Comencemos por lo más grave: se trata de una **personalidad antisocial** si el individuo tiene personalidad narcisista, una falta de capacidad de investidura no exploradora de otros, falta de toda capacidad de experimentar culpa o preocupación por los demás, crónica conducta antisocial sin ninguna capacidad de culpa, tendencia explotadora crónica, falta de capacidad de proyectarse hacia el futuro y falta total de capacidad de una relación tierna amorosa. Si todavía existe la capacidad de una investidura no exploradora o parasitaria, (por ejemplo: una estructura narcisista tiene un animal propio preferido, una mascota que quiere, alguna persona a quién quiere, no la tía que le da dinero todos los fines de semana, sino una persona a la que quiere en forma no explotadora), con alguna capacidad de identificarse con un enfoque ético o moral, o sentir esto en el observador con alguna preocupación por el futuro, probablemente no es una estructura antisocial.
2. En el siguiente nivel se trata de un **narcisismo maligno**, en el cual todavía existe capacidad de investidura no exploradora, cierta capacidad de culpa, cierta capacidad de reconocer valores morales, pero también tendencias antisociales crónicas, tendencias paranoides, sadismo egosintónico o tendencia automutiladora crónica.
3. Tercer nivel, siempre de más grave a menos grave: se trata de una **personalidad narcisista con tendencias antisociales**. Es una personalidad narcisista que, si es que se reconoce en la adolescencia, ya significa que es de cierta gravedad, porque las más leves, pasan sumergidas durante la adolescencia temprana emergiendo en la adolescencia tardía y entonces puede tratarse de una estructura de personalidad narcisista con tendencias antisociales, pero sin ser síndrome de narcisismo maligno. El pronóstico no es malo pero exige tratamiento psicoterapéutico o incluso psicoanalítico. En el caso del narcisismo maligno todavía son pacientes tratables; en el caso de las estructuras anti-

sociales, no son tratables con métodos habituales de psicoterapia individual.

4. Menos grave aún es el paciente con una **estructura de carácter patológico y con comportamiento antisocial, pero no narcisista**. El comportamiento antisocial en estructuras no narcisistas es menos grave que en estructuras narcisistas.
5. El siguiente nivel es la **conducta antisocial en una estructura de personalidad de tipo neurótico**. Un paciente que tiene una buena integración de sí mismo, una buena integración de relaciones de objeto, pero tiene una estructura obsesiva, o depresiva, o histérica, que pudiera presentar conducta antisocial como manifestación de sentimientos inconscientes de culpa (estos casos descritos por Freud, el criminal por sentimiento inconsciente de culpa) ya es menos grave, de mucho mejor pronóstico.
6. Por último, tenemos la **conducta antisocial como manifestación transitoria de una rebelión adolescente**, de una neurosis en adolescente y.
7. Menos grave todavía, el llamado **síndrome disocial**, la adaptación de un adolescente relativamente normal a un subgrupo antisocial.

Pronóstico para el tratamiento

Como ustedes ven, hemos transformado nuestras estructuras metapsicológicas en criterios clínicos que nos indican el pronóstico. Digamos que, en general, el pronóstico para el tratamiento de las personalidades narcisistas depende de:

1. La capacidad residual de establecer una relación de objeto en profundidad. Mientras más capaz sea el individuo de mantener una relación de objeto, por neurótica, caótica y conflictual que sea, siempre que sea no explotadora, mejor

será el pronóstico, en contraste con las estructuras narcisistas complementemente aisladas, y

2. La gravedad de las tendencias antisociales, cuando más graves sean las tendencias antisociales, peor será el pronóstico.

Sobre el tratamiento psicoanalítico

Desde un punto de vista general, los casos leves de personalidad narcisista, en el adulto especialmente, a veces es mejor no tratarlos, porque el sufrimiento del tratamiento excede el deseo de mejorar. Muchos de estos pacientes parecen tan bien adaptados a esa estructura patológica que vienen a tratamiento, no a la edad de 20 ó 30 años, sino a los 40 ó 50 años, cuando aparecen fallos en sus gratificaciones narcisistas, conflictos conyugales, pérdida de atractivo físico, pérdida de prestigio social, fracaso en el trabajo. En general, el pronóstico mejora a medida que más edad tienen, en contraste con lo que pasa con otras estructuras de carácter.

Los más graves, en general conviene que sean tratados. ¿Cual es el tratamiento ideal?: psicoanálisis, porque las resistencias narcisistas son sumamente difíciles de resolver en tratamientos que no sean psicoanálisis. Por otra parte, los casos que tienen debilidad generalizada del Yo (falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la frustración, etc) pueden a veces tener mejores resultados con psicoterapia psicoanalítica que con psicoanálisis.

Los casos más graves, con tendencias antisociales graves, pueden exigir hospitalización, hospitalización a largo plazo en servicios especializados, que puede transformar casos no analizables o no tratables con psicoterapia analítica, en casos tratables. Estos son los pacientes con graves tendencias antisociales, graves manifestaciones de debilidad del Yo, beneficio secundario de enfermedad, falta de motivación y de introspec-

ción, grave acting out crónico de tipo antisocial o autodestructivo, que pone en peligro el tratamiento ambulatorio.

Son estos los casos más interesantes desde un punto de vista práctico, por cuanto manifiestan dificultades específicas para las cuales hemos desarrollado tratamientos específicos en la actualidad.

Hay cuatro tipos dominantes de **dificultades específicas**:

1.—Falta aparente de capacidad de compromiso transferencial. Individuos que parecen mantener una distancia crónica. La incapacidad de depender se manifiesta en su incapacidad de hacerlo del analista. La resolución de este tipo de dificultad se consigue con un análisis sistemático de esta incapacidad de depender, de la resistencia contra la profundización de la transferencia, lo que refleja las defensas inconscientes contra la envidia al analista. Son pacientes que utilizan control omnipotente, tratan de forzar al analista a ser iguales a ellos -no mejores porque eso provocaría envidia, no peores porque eso produciría devaluación-, el analista es forzado a mantenerse en una estructura simétrica, contra la cual el mejor remedio es el análisis de este mismo mecanismo de control omnipotente. Tanto la idealización defensiva como la desvalorización defensiva del analista. El análisis sistemático de estas defensas contra la dependencia gradualmente trae a la superficie las identificaciones componentes del Yo patológico grandioso, que se activan como relaciones parciales de objeto en la transferencia y pueden ser resueltas gradualmente. Generalmente, en estos casos se producen intensas agresiones transferenciales que ya indican un cambio favorable.

2.—La existencia de relaciones sadomasoquistas crónicas graves. Justamente porque, al activarse las relaciones de objeto primitivas, contra las cuales se ha desarrollado defensivamente la estructura narcisista, a su vez en la transferencia se produce una activación de la psicopatología del odio, con una profunda tendencia a destruir al analista, precisamente porque

es el único objeto bueno que ellos odian, y hacen un esfuerzo desesperado de destruirlo, con una esperanza, más desesperada todavía, de que el analista sobreviva a esta destructividad. Entonces, bajo estas condiciones el análisis de la psicopatología del odio, llega a ser el tema central.

Esto nos lleva al problema del acting out en la transferencia, especialmente el acting out de grandes tendencias autoagresivas. Es aquí donde hemos desarrollado técnicas específicas, como el hecho de establecer un contrato terapéutico al comienzo del tratamiento que interfiere con el acting out, seguido del análisis del significado de este acting out suprimido en la transferencia. Por ejemplo, en pacientes con tendencias crónicas al suicidio como expresión de narcisismo maligno, establecemos el contrato de que el analista no va a rescatar al paciente cada vez que trata de suicidarse. El paciente se compromete, bien a discutir sus tendencias al suicidio en las sesiones, o a ir a un servicio de urgencia, si es que no puede controlarse, para hospitalizarse temporalmente; es decir el paciente acepta la responsabilidad de tratar sus tendencias suicidas, que son prohibidas como precondition para la psicoterapia psicoanalítica, y en el tratamiento se analiza de inmediato, como parte del análisis transferencial, el significado de este actuar suprimido. Esta combinación permite resolver analíticamente el acting out grave en casos en que hay estructura narcisista con transferencia sadomasoquista, por ejemplo, casos con tendencia crónica al suicidio, casos de adicción a drogas o alcoholismo, casos con anorexia nerviosa que, entonces, pueden ser tratados.

3.—La existencia de deshonestidad en la transferencia. Esta falta de honestidad constituye lo que he llamado las transferencias psicopáticas y nuestra regla general de manejo de estas situaciones es lo que hemos llamado la lista piloto de la urgencia de intervención psicoterapéutica en los casos con acting out grave, es decir, una lista de urgencias que tienen que ser afrontadas primero.

1.^a urgencia. Si hay tendencias autodestructivas o destructivas graves, suicidas u homicidas, estas tienen que ser manejadas primero, por contrato, por prohibición, estructuración y análisis del significado de esta estructuración.

2.^a urgencia. Peligro de interrupción inmediata del tratamiento: tiene que ser analizada inmediatamente en la transferencia, y todo lo demás puede esperar. Es decir, el terapeuta, si sospecha que el paciente pudiera interrumpir el tratamiento, aunque no lo hubiera dicho, analiza este problema con la más alta prioridad, excepto la del peligro de suicidio o homicidio.

3.^a urgencia. Precisamente la falta de honestidad, lo que exige el análisis constante de la interacción terapeuta-paciente, si éste está bajo la sospecha del terapeuta de que no le está diciendo la verdad, y el análisis de lo que esto significa en la relación transferencial. Si uno utiliza este método sistemáticamente, las transferencias psicopáticas se transforman en transferencias paranoide y, cuando son muy graves las tendencias antisociales y transferenciales psicopáticas, puede haber una regresión paranoide psicótica, una psicosis de transferencia paranoide que a su vez tratamos con el siguiente método: una vez está claro que el paciente ha desarrollado una idea delirante en la transferencia, (recuerden que estos no son casos psicóticos, sino pacientes que regresan psicóticamente en la transferencia) señalamos al paciente que él y nosotros tenemos una idea de la realidad incompatible en la transferencia, lo que él piensa y lo que nosotros pensamos es incompatible y, por lo tanto, uno de los dos tiene que estar loco, uno de los dos está fuera de la realidad y no podemos decir quien está fuera de la realidad, porque no tenemos testigos, lo único que podemos decir es que hay en la situación locura que no podemos localizar. Es decir, circunscribimos una regresión psicótica y analizamos la relación de objeto dominante bajo el signo de una situación psicótica en la transferencia.

En general la resolución de las transferencias paranoides con este método no es difícil; creo que, en este sentido, esto es una contribución importante a la técnica psicoanalítica. Generalmente, cuando se resuelvan estas resistencias paranoides, empiezan a predominar las resistencias depresivas, lo que en lenguaje kleiniano se llamaría el paso de la posición esquizoparanoide a la depresiva, de modo que hay, en estos casos, un paso de transferencia psicopática a paranoide y después a depresiva.

4.-Perversidad en la transferencia (entendiendo por perversidad el reclutamiento del amor al servicio del odio, el reclutamiento de libido al servicio de la agresión). La satisfacción del paciente proviene únicamente de extraer amor y dedicación del terapeuta y destruirlo y gratificar su envidia del terapeuta como individuo que no está controlado por el odio. Es una complicación sumamente grave que vemos especialmente en los casos con narcisismo maligno, pero también en casos sin narcisismo maligno. Es como si el único modo alternativo a destruir la realidad y a sí mismo que ve el paciente para sobrevivir, es destruir la capacidad de amor y todo amor en la relación.

Perversidad es, en este sentido, distinto del sadismo porque el sadismo es un amalgamiento de la agresión y del amor. Por ejemplo, en una perversión sádica se mantiene una relación de objeto a base de un equilibrio sadomasoquista. En la perversidad, no es que la agresión sea condensada con el amor; es el amor reclutado al servicio de la agresión. Son las relaciones más destructivas. Esto coincide con lo que Meltzer ha llamado también perversidad en la transferencia y con lo que Bion ha llamado transferencia parasitaria.

El método para tratar la perversidad en la transferencia es preservar un encuadre rígido. Una preservación del encuadre como modo de absorber la agresión del paciente, para poder interpretar la perversidad en la transferencia. El mayor peligro

es la destrucción del encuadre analítico. El mantenimiento del encuadre puede exigir, a veces, intervenciones dramáticas, pérdida de la neutralidad técnica, pero esto no nos importa, con tal de mantener el encuadre. Esta posición de que el mantenimiento del encuadre es la protección de la relación libidinal enfrentada con la agresión más brutal es el modo de reformular el concepto de continente de Bion; el concepto de holding de Winnicott; la interpretación de Bleger del encuadre como reflejo de la relación inicial de simbiosis bebé-madre y, de este concepto, deriva una serie de manejos técnicos de esta situación.

Bueno, no les he dicho todo lo que quería decir pero, por lo menos, la mayor parte. Gracias.

* * *

Coloquio

RODOLFO RODRIGUEZ (GINEBRA) Freud en “Más allá del principio de placer”, cuando empezó a hablar sobre masoquismo, empezó ahí también a hablar de la pulsión de muerte; y él dice que, en la pulsión de muerte, se produce -todo esto antes que Melanie Klein- una especie de deflexión, donde una parte de la pulsión de muerte es expulsada al exterior pero está ligada con la libido, y hay una especie de coexcitación entre la libido y esa otra cosa que corresponde a la agresividad que usted decía, o la pulsión de muerte que hace que, en ese caso, haya una especie de salida para la pulsión de muerte, a través de esa integración-coexcitación con la libido que desemboca en el masoquismo.

OTTO KERNBERG (N. York) Entiendo,. Bueno, yo creo que aquí, en el plano teórico, está el problema de la naturaleza de las pulsiones. ¿Hay masoquismo primario?, ¿hay narcisismo primario?; son preguntas abiertas.

Freud nunca definió lo que eran las pulsiones. Dijo que eran motivación psíquica, entre lo psíquico y lo físico, y decla-

ró para la libido que nacía de la excitación de las superficies corporales sexualmente excitables. A mi juicio, esto es una teoría muy insatisfactoria; estoy muy de acuerdo con Marjorie Bryery que declaró en los años 30 que el psicoanálisis necesita una teoría de afectos, que todo lo que llamamos agresión y libido, cuando pasa a la situación clínica, se expresa en afectos.

Freud mismo decía que todo lo que sabemos de las pulsiones son ideas y afectos, o sea representaciones y afectos. Todo lo que sabemos de las pulsiones son representaciones y afectos, vale la pena reflexionar sobre eso.

Como ustedes saben, Freud tuvo tres teorías de afecto: primero usó el término de libido y afecto como si fuera lo mismo, pulsión libidinal y afecto era lo mismo, primera teoría; segunda teoría, de los trabajos metapsicológicos de los años 10 al 14, los afectos son manifestaciones de descarga libidinal; y describió los afectos como descarga, los afectos no podían estabilizarse inconscientemente, o sea, disoció la idea de pulsión y la de afecto, en cierto grado; tercera teoría, de los años 23 en adelante, los afectos son umbrales y disposiciones del Yo; más desconexión todavía entre libido y afecto. El resultado: los psicoanalistas no escribieron más sobre afecto.

Recién en los años 30, a raíz de los trabajos de M. Bryerly empezaron a pensar sobre esto de nuevo. Hoy en día yo creo que no es exagerado decir que, desde un punto de vista clínico, todo lo que sabemos de las pulsiones se manifiesta en relaciones de objeto investidas afectivamente. Todas las transferencias, todas las contratransferencias, pueden definirse como una relación entre una representación de sí mismo relacionándose con algún objeto bajo algún afecto específico.

Clínicamente yo creo que eso es un hecho, estoy dispuesto a que me lo discutan. Lo que significa teóricamente esto, es el problema. Para algunos, eso significa que sólo hay afectos y rechazan la teoría pulsional de Freud; los interpersonalistas rechazan el concepto de agresión y declaran que sólo existe

libido. Están los hermenéuticos norteamericanos que rechazan toda la metapsicología; y hay algunos que quieren reemplazar el concepto de pulsiones por el de afecto. A mi juicio, tiene un enorme sentido, clínicamente, pensar en libido y agresión; en amor y odio como los organizadores de las relaciones internalizadas de objeto.

Desde un punto de vista clínico, la clasificación de Melanie Klein, o de Edith Jacobson es eminentemente práctica; y si tomamos a alguien como Fairbairn, que rechazó la idea de agresión como pulsión teóricamente, en la práctica le da tanta importancia como Melanie Klein y todos los demás psicoanalistas. A mi juicio, y lo pienso seriamente, libido y agresión no son innatos, sino que se desarrollan, maduran y se desarrollan. Yo creo que hay una disposición instintiva al amor, es decir al placer con la cercanía del cuerpo de la madre; pero, si no hubiera madre, si no hubiera pecho, tampoco existiría la capacidad de libido; si no hubiera frustración, tampoco existiría agresión, naturalmente. Pero no podemos imaginar una vida en la que no hay alguna gratificación y alguna frustración, y tenemos disposiciones innatas para reaccionar con sensualidad y con rabia, con euforia y con rabia.

Entonces, a mi juicio, no hay masoquismo primario, no hay narcisismo primario. A mi juicio lo que hay es una disposición para reaccionar con rabia ante la frustración; una disposición para transformar sufrimiento en sensualidad. Estas son las disposiciones innatas afectivas y sobre esto empieza a construirse una superestructura.

Todas las gratificaciones, los afectos gratificadores, se unen como pulsión de vida y todas las frustraciones se unen como pulsión de muerte. El narcisismo primario como relación libidinal coincide con la relación de objeto primario.

Para mí, los momentos de afecto cumbre, de placer máximo con la madre, o sea, las disposiciones simbióticas primitivas son el origen de la constitución del Yo libidinal, de las rela-

ciones de objeto libidinales; el narcisismo primario es, al mismo tiempo relación de objeto primario, los dos son simultáneos. Edith Jacobson llegó a la misma conclusión pero después, bajo la amenaza de que no le gustara eso a Hartmann echó marcha atrás, a mi juicio. Yo la quería mucho a Edith Jacobson, digo esto con ambivalencia cariñosa.

Creo que lo mismo es cierto para la agresión; no creo que haya un masoquismo primario pero, bajo condiciones de frustración extrema, se utiliza al máximo la capacidad de usar sufrimiento como excitación sexual y, si esto no basta, de fusionarse con el objeto bajo el signo de dolor; “tu me atacas y yo sufro, y yo sé que, atacándome, tu me quieres y sufriendo estoy feliz porque sé que tu me quieres porque me atacas”. Yo creo que este es el origen del masoquismo. El masoquismo primario tiene al mismo tiempo una función narcisista y de relación de objeto primario.

Si esto se exagera y se mantiene en forma patológica, entonces se produce una estructura interna agresiva persecutoria de un agresor sádico y una víctima perseguida, y el paciente se identifica con ambos, y empieza una estructura sadomasoquista con ambos, y empieza una estructura sadomasoquista básica que es, al mismo tiempo, si se quiere, masoquismo original y sadismo original en uno sólo, y el paciente puede alternar esta relación, y lo hace en la transferencia, nos acusa de ser sádicos y nos trata en forma sádica, las típicas transferencias sadomasoquistas.

Por ejemplo, los pacientes traumatizados físicamente, duramente maltratados físicamente, o traumatizados sexualmente, son al mismo tiempo víctima y victimario y, en la transferencia, hay que analizar su identificación con la víctima y con el torturador. Si no analizamos la identificación con ambos, no se va a producir mejoría nunca. De modo que el concepto de masoquismo primario es problemático a no ser que digamos que coincide con sadismo primario, y el narcisismo primario, con relación de objeto primario.

Ahora, en cuanto a masoquismo femenino: hay que recordar que el masoquismo femenino es en Freud, una patología del hombre, es una patología del hombre en que el hombre se identifica con una imagen de mujer pasiva sometida y sufriendo. Esto en Freud, lo que se llama masoquismo femenino, es una patología del hombre, hay que recordar eso. Erróneamente se ha transformado gradualmente en la teoría de que las mujeres son más masoquistas que los hombres, que es una especie de tradición cultural. Yo creo que no hay ningún motivo para pensar esto. Coincide también con la idea de que las mujeres tienen un SuperYo menos formado que el hombre, una idea que Freud tuvo, que me parece demostrado ser completamente errónea.

Es cierto que, una situación, en una cultura patriarcal que objetivamente oprime a la mujer, las manifestaciones del masoquismo en la mujer utilizan formas culturales para adaptarlo a las necesidades psicológicas; en una cultura patriarcal una superioridad masculina es utilizada por estructuras sádicas masculinas pero esto no significa que las mujeres sean más masoquistas que los hombres. Otro argumento a favor del masoquismo femenino es el de que Helen Deutsch dentro de la teoría clásica de Freud, decía que el trauma de la menstruación, el dolor relacionado con el parto refuerzan el masoquismo femenino. Yo creo que esta es una racionalización secundaria de la teoría, culturalmente transformada, y estoy muy de acuerdo con la crítica de este concepto de Karen Horney, Melanie Klein, Eric Dith Yacobron, Yeannine Chasseguet Smirgel, etc. Por lo menos en los Estados Unidos, en este momento, este concepto del masoquismo femenino está bastante de capa caída..

En cuanto a perversión, el masoquismo como perversión: Igual que todas las perversiones, es más frecuente en el hombre, que en la mujer. En cuanto a estructuras psicológica, es cierto que las relaciones masoquistas de amor son más frecuentes en la mujer que en el hombre. En el hombre el ma-

soquismo psicológico toma más bien formas de sometimiento masoquista en el trabajo, que existe mucho menos en la mujer, y que muchas veces es ignorado por analistas masculinos, que analizan hombres y no captan el masoquismo masculino, el sometimiento a condiciones sádicas de trabajo. O sea hay expresiones culturales diferentes de la misma estructura.

Enfermedades psicósomáticas: como ya dije, pongo en cuestión el concepto de masoquismo primario y me parece que lo importante aquí son los trabajos de Rainer Krause, (no sé si ustedes están familiarizados, Rainer Krause es un psicoanalista de origen suizo, profesor de psicología de la Universidad de Jaarbrucker en Alemania), que ha hecho estudios sobre desarrollo de afecto temprano y ha propuesto que los afectos no son simplemente innatos, sino que se organizan bajo la experiencia de la relación bebé-madre. Por ejemplo la sensualidad difusa de la piel, la mamá baña al bebé, lo enjabona, él siente enorme placer, la mamá le sonríe, el bebé le sonríe a su vez, y esta sensación de placer es máxima al enjabonarle la zona de los genitales y entonces se produce la primera condensación entre sensualidad difusa y sensualidad genital específica. Si la madre, en ese momento, hace un gesto de desagrado, que el bebé lee como la señal innatamente reconocible de lo que es bueno y malo, es decir la mamá le sonríe, le enjabona, llega cerca de los genitales, hace un gesto de desagrado, esto puede inhibir la relación placentera y la organización de la emoción de placer sexual, es decir la organización primitiva de los afectos puede sufrir relaciones patológicas de objeto muy tempranas, lo que llega, a su vez, a afectar negativamente las relaciones de objeto que no se pueden organizar normalmente bajo el efecto de ciertas emociones básicas. El ha estudiado, por ejemplo, desorganizaciones afectivas en la esquizofrenia, etc... y yo creo que las enfermedades psicósomáticas están caracterizadas (los casos en los cuales existe la *pensée opératoire*) por esta falta de organización primaria de

afecto que, en general, implica gran patología de las relaciones objetales. Pero posiblemente existe antes, en un plano previo al clivaje entre amor y odio, que exige, por lo menos, que los afectos de rabia y de euforia estén en su lugar.

J. BARO (LLEIDA): Antes de ceder la palabra a Eulalia Torras yo querría comentar un aspecto respecto a esta doble identidad de víctima y verdugo a la que hacía referencia.

Hay un muy importante trabajo del malogrado Stoller, que hizo investigaciones sociológicas sobre el fenómeno de la pornografía sadomasoquista en los Estados Unidos, y que, entrevistando a las que se podían considerar las vacas sagradas de este peculiar ambiente, la mayoría de estas personas habían sufrido en su primera juventud, o en su infancia, enfermedades invalidantes que les habían mantenido durante años inmóviles en un lecho de hospital.

O. KERNBERG Sí exactamente. O sea, que había un profundo dolor y sufrimiento con agresión secundaria de la cual se defendían con una sexualización de la agresión y una estructura de una perversión que protegía la vida no sexual de esta contaminación agresiva general. Yo creo que les puede interesar... Yo sé que ustedes trabajan con niños y adolescentes y yo no sé si lo que les voy a decir ahora se ve tan claramente en adolescentes, pero en adultos, a propósito de masoquismo femenino, se ve algo muy interesante que tiene que ver con la diferencia de lo erótico en la transferencia entre hombres y mujeres según tengan o no patología narcisista.

Las mujeres que están en análisis con un hombre, si tienen una estructura normal, neurótica o borderline, pero no narcisista, en general, tienden a desarrollar una transferencia erótica con el hombre analista masculino. Es decir, analista hombre-mujer no narcisista, relación erótica que, por supuesto, tiene una implicación edípica fundamental. Esto se ve en todos los casos, excepto en dos tipos: las estructuras narcisistas, en qué no se ve, y las estructuras muy gravemente masoquistas,

en las que la culpa inconsciente por una relación erótica positiva es tan intensa que hay una tendencia a infiltrar sadomasoquísticamente la relación con el terapeuta como defensa contra un erotismo no tolerable. Pero, en este caso, tenemos graves dependencias regresivas infantiles mezcladas con el sadomasoquismo.

En el caso de mujeres narcisistas en el tratamiento con hombres, con analistas hombres, no se ve la erotización, porque la dependencia erótica es experimentada como una humillación narcisista, la envidia del pene aumentada al máximo por la profunda envidia pre-edípica ligada al narcisismo patológico que ha hecho concluir a Melanie Klein, con buenas razones, que la envidia del pene en la mujer tiene raíces pre-edípicas.

En resumen, mujer no narcisista-dependencia erótica; mujer narcisista-falta de erotización en la transferencia.

Ahora, paciente hombre-mujer analista. Hombre neurótico o borderline: no presenta erotización directa en la transferencia sino es desplazado hacia otras mujeres, porque la relación hombre dependiente-mujer analista repite la relación infantil con la madre y hay profundos sentimientos de inferioridad, de no estar a la altura de la madre idealizada, que interfieren con la capacidad de erotización. Sólo se ve hacia el final del tratamiento. En cambio, hombre narcisista en análisis con una mujer: intensa erotización como un modo de negar la dependencia, necesidad crear una situación convencional de seducción agresiva y eliminar la relación de dependencia analítica. Entonces, en general, intensa y prematura erotización en la transferencia de un hombre con una mujer analista es un síntoma de patología narcisista.

No se si se ve esto en adolescentes pero en adultos esto es muy típico, ha sido descrito independientemente por varios autores, Chasseguet, Smirgel, etc, y yo también lo he observado. Pensé que era interesante como un complemento de lo que hemos hablado.

EULALIA TORRAS (Barcelona) Yo quería intervenir porque en la conferencia de la Doctora Kernberg también me quedó algo por decir, que quería proponerle a ella y que ahora propongo a los dos, dado que en parte el Doctor Kernberg lo ha retomado.

Eran varios los puntos que yo quería tocar. Por una parte, el hecho de qué él nos haya dado un abanico de patologías desde la más grave a la menos grave y elementos de diferenciación, me parece muy importante si está relacionado con la clínica, o sea, si eso tiene alguna repercusión en lo que después vamos a hacer o en lo que estamos haciendo incluso. En este sentido, yo le pediría si es que esto lo quiere extender, si es que lo puede extender a alguna relación con la clínica.

Por ejemplo el Doctor Kernberg ya ha dicho algo, ha dicho que en determinados tipos es más indicado una psicoterapia, por ejemplo. Esto me parecen puntos muy importantes para nosotros, los que estamos en la clínica.

Otro punto es el hecho de que cuando ellos han dicho - tanto el doctor como la doctora Kernberg- "no puede depender, esta personalidad narcisista que no puede depender"- . Esto a mí se me formula en una forma distinta que yo querría proponer, invitada a discutir, como ha dicho el doctor Kernberg, es el hecho de que son personalidades que no es que no pueden depender, sino que dependen demasiado. Dependen terriblemente de su entorno. Lo que no pueden es tener un tipo de dependencia de un individuo separado y diferente de ellos, del cual necesitan unas cosas, y pueden pedir las y recibirlas, esta es la dependencia más evolucionada que no pueden tener.

La dependencia de ellos, que tanto la Doctora Kernberg como el Doctor Kernberg han nombrado, es la dependencia de un entorno admirativo que dé realce al Yo, al Self, a la personalidad, que dé soporte, que mantenga el self grandioso, que no lo deje deshincharse para nada y que continuamente car-

que las pilas de este Yo grandioso. Entonces, a mi modo de ver, tal como yo lo entiendo y tal como yo lo propongo, es que se trata de dependencias distintas, de un nivel diferente, y que esta segunda dependencia, que a mí me parece muy intensa y que coincide justamente, me parece a mí también, con una gran debilidad del Yo, es decir, un self grandioso que esconde una debilidad, una fragilidad muy fuerte, es una dependencia de un entorno, de algo que envuelva a ese individuo. La Doctora Kernberg, por ejemplo, explicaba de un niño que necesitaba tener a la madre dentro del cuarto de exploración o de tratamiento, pero no la notaba. Bueno, la madre allí era, según parece, según entiendo, un elemento para mantener el entorno suficientemente reasegurador, suficientemente válido como para qué aquel niño pudiera... o como para que la ansiedad estuviera suficientemente combatida, como para que las ansiedades estuvieran suficientemente calmadas.

Entonces, en esta dependencia de un entorno es como si el niño estuviera dentro de una especie de matriz, el niño, el adolescente y el adulto también, dentro de una especie de matriz o de ambiente, o de atmósfera que le va sosteniendo y, en este sentido, a mi modo de ver, es una forma de dependencia, es algo así como vivirse dentro del objeto, (esto se ha nombrado así también) pero con estas características de que, en ocasiones, cuando la situación se revierte, en lugar de que haya esta exploración del entorno, este control y esta utilización del entorno, que está negado por una parte, (la madre negada en esta habitación, imprescindible y negada), es al revés, en otros momentos, en momentos en qué cambian el signo de todo esto el niño se puede sentir completamente sometido por el ambiente, en peligro, de modo que esta dependencia va también, a mi modo de ver, relacionada con persecución.

Entonces esto me propone la diferencia entre la ansiedad de separación, que es la ansiedad de separarse de un objeto del cual se depende, al cual se necesita y que da seguridad,

de la ansiedad de ser un individuo separado, de la ansiedad de ser un individuo con sus características propias y separado de los otros individuos, que no son parte del entorno propio sino que son otros individuos distintos, con sus necesidades, y con sus posibilidades, no controlados y con sus posibilidades de atender o no, según quieran. Este tipo de ansiedad de separación o ansiedad de ser un individuo separado me parece relacionada con estos dos tipos de dependencia que trataba de describir.

El tercer punto era sobre lo que ha dicho el Doctor Kernberg sobre grados de narcisismo, por llamarle así. A mi personalmente -con los años cada uno empieza a explicarse las cosas a su manera- la palabra narcisismo normal no me gusta nada, lo tengo que decir bien claramente, me molesta incluso. Quiero decir que no tengo la idea de narcisismo normal, le puedo llamar autoestima, respeto de uno mismo, estima de uno mismo, afecto hacia uno mismo, la cual va siempre con afecto hacia los demás o estima hacia los demás; capacidad de depender y capacidad de separarse o de sufrir ansiedad de separación y tolerarla. Pero, en cambio, la palabra narcisismo me molesta para llamarle a algo normal.

OTTO KERNBERG Sí, pero ¿por qué le molesta?

E. TORRAS (Barcelona) Porque tiene esta connotación por toda la historia de Narciso, o sea, por todo lo que evoca, por toda esta autocontemplación que está en la historia de Narciso, y entonces me evoca, a mí personalmente, muchísimo más un exceso, no sé si es exceso de autoestima porque, más que exceso de autoestima, es una mala autoestima, o esta necesidad de engrandecer el Yo y, al mismo tiempo, de utilizar o de explotar el objeto. Digo esto también como provocación.

También hay el asunto de que las personalidades que vemos algunas son extremadamente narcisistas, con un dominio del funcionamiento narcisista tan fuerte que cualquier otra cosa queda pálida y prácticamente no se ve. Pero hay otras

personalidades... los niños, por ejemplo, a veces progresan gracias a la parte capaz de depender, más madura o más afectuosa, más apreciativa del objeto, y hay una parte narcisista que se va modificando con el tiempo si las cosas van bien.

OTTO KERNBERG Para empezar por esto último, le respeto su prejuicio contra el término, y si usted se siente más cómoda diciendo autoestima normal, no me opongo. Desde un punto de vista clínico, dije justamente que el narcisismo se refiere a la regulación normal o anormal de la autoestima. Es en el plano metapsicológico en el que eso significa una investidura libidinal del sí mismo. Si usted no quiere darle un nombre, lo respeto, pero no veo razones teóricas para cambiar esto.

En cuanto a las indicaciones clínicas, sí, la respuesta es: “tiene implicación importantes”. Ejemplos brevísimos:

Primer caso.-Muchacho de 17 años, sumamente agresivo, deshonesto, traficante de droga, falla en el colegio, violencia en el hogar, impulsividad generalizada, falta de tolerancia a la angustia, introspección no mayor de la que tiene mi gato, no se si les describo a la persona concreta. Es un paciente que yo tuve. Mi diagnóstico: personalidad antisocial, personalidad narcisista con tendencias antisociales graves, no extremadamente paranoide, pero con ciertas tendencias paranoides, y un sadismo caracterológico extraordinario. Indicación: psicoterapia psicoanalítica, yo no haría análisis en este caso; quisiera ver a un analista kleiniano si lo toma en análisis.

El paciente no quería venir a verme. El padre le dijo: “o vas a ver al Doctor Kernberg o no te compro el auto que te prometí”, así, a chantaje puro. El paciente dijo: “tengo que ir a verlo, perder mi tiempo aquí porque yo quiero tener un auto”. Entonces, yo le dije que estaba bien, le agradecí lo honrado que era al decirme porqué venía, y empezó el tratamiento. Y durante seis meses analicé nada más que su engaño y porqué me tenía que engañar y su convicción de que yo era un pillo peor que él.

En mi artículo, en el International Journal tengo descrito este caso con algún detalle. O sea aquí tiene una estructura funcionando en un nivel limítrofe, debilidad del Yo, narcisismo maligno, indicación de psicoterapia psicoanalítica, no tiene indicación un caso así para análisis.

Segundo caso.—Muchacha de 21 años, enfermedad desde los 14, tendencias crónicas al suicidio; cada vez que algo no va bien, traga botellas de medicamentos, cae en coma, le tienen que vaciar el estómago, cuatro psicoterapeutas ya la han echado, parece niñita inocente al llegar a las sesiones y eso puede cambiar en una violencia inusitada. Grandiosa, arrogante, despectiva, pero básicamente honrada, con excepción que la dejó embarazada un hombre que no tenía dinero y le dijo a otro hombre que él la había dejado embarazada porque él tenía dinero para pagar el aborto, pero fue la única conducta antisocial. Fuera, hacia los demás, honrada. Diagnóstico: personalidad narcisista con tendencias antisociales leves, no tenía un narcisismo maligno, básicamente honrada. Tratamiento: psicoterapia psicoanalítica con... le dije: “cuando usted se sienta suicida se va al hospital y cuando la declaren de alta vuelva a verme”. La paciente se puso furiosa porque yo no la iba a rescatar cada vez que se mataba, que trataba de matarse, y el tratamiento en los primeros meses consistía en ataques furiosos a mí y a mi análisis. Esos ataques, simbólicamente reflejaban sus intentos de suicidio, esa es interpretación que le manifesté. Psicoterapia psicoanalítica, cambios profundos, resolución de la patología a través de un tratamiento de 5 ó 6 años. Es uno de los casos de nuestra investigación.

Tercer caso.—Hombre de 40 años, promiscuidad sexual, fracaso en dos matrimonios, psiquiatra, sensación de falta de sentido de la vida, falta de tendencias antisociales, falta de agresión egosintónica, fuerza no específica del Yo. Tratamiento: psicoanálisis. Paciente que, en el curso del psicoanálisis, analizó una patología gravísima en su relación con la mujer, intensa e inconsciente.

Lo que le estoy ilustrando son diferentes grados de patología, con diferente indicación y diferente técnica, derivada de la naturaleza de la patología. Así que muy de acuerdo con usted si es que ese era el motivo de la pregunta, de qué diferentes grados y tipos de patología narcisista tienen diferentes indicaciones y técnica de abordaje.

Por último, respecto a la incapacidad de depender, yo creo que sí, es cierto, que estos pacientes dependen de la admiración de los demás pero son incapaces de apreciar lo que reciben porque inconscientemente lo destruyen, y esta destrucción inconsciente de lo que reciben es lo que constituye su incapacidad real de depender; es como la batería del auto, usted mencionó cargar las pilas, uno normalmente, si la batería está bien, recarga las pilas y el auto anda, si uno carga las pilas y al día siguiente hay que cargar las pilas, y al día siguiente hay que cargar las pilas, hay una incapacidad de la batería de contener la electricidad que se está metiendo, pensamos que hay que cambiarla, Y lo que pasa en estos pacientes es un cortocircuito en el sentido de una destrucción inconsciente de lo que reciben. O sea, estos pacientes, que necesitan como una contención continua, es porque destruyen la imagen y esto se ve en que, muchas veces, estos mismos pacientes, con la angustia de separación desesperante y desesperada, manifiestan intensos sentimientos de desprecio, de envidia, de descalificación del terapeuta, una tendencia al robo de lo que reciben y la transformación destructiva de lo que reciben.

También una tendencia a la reacción terapéutica negativa, o sea, que estos pacientes, que tanto necesitan depender, cuando sienten que realmente reciben algo bueno, se empeoran. Por ejemplo, de repente, uno tiene una buena sesión. con un paciente narcisista que pasa el tiempo diciéndole a uno: "usted no me dice nada, me estoy aburriendo, nada pasa en este tratamiento". Tenemos una sesión en qué todo va bien, el paciente parece que fuera otra persona, se va, nosotros esperamos ansiosamente la sesión siguiente, y viene peor que nun-

ca, ya se ha olvidado de la buena sesión. O sea, no es sólo que necesitan depender todo el tiempo si no que, cuando reciben más, tienen que destruir y eso yo creo que constituye profundamente una incapacidad de depender, en el sentido que lo describió Hans Lowald, en su artículo sobre la acción terapéutica del psicoanálisis diciendo que la situación analítica y terapéutica normal es la que una persona siente que depende de otra de buena voluntad, que tratará de ayudarlo sin necesariamente poder hacerlo, pero esforzándose en hacerlo, y con la confianza de que si, uno se confía a esa persona, existe la posibilidad de que, con la ayuda de esa persona, uno aprenda algo sobre sí mismo.

Esta situación casi trivial, obvia en la relación terapéutica normal, está ausente en las estructuras narcisistas. A esto se refiere la incapacidad de depender normal. Y son estos pacientes los que tienen las angustias de separación más salvajes, justamente porque no pueden retener la imagen de la otra persona que necesitan, por su tendencias destructivas inconsciente. Esto es importante desde un punto de vista clínico porque el modo de resolver esta angustia salvaje de separación es analizar justamente cómo destruyen lo que reciben. Los pacientes que no quieren irse al final de la sesión, - yo tengo una paciente que no quiere irse al final de la sesión; desesperada, siente que le estoy echando; pero esa misma paciente utiliza la mayor parte de la sesión para atacarme, para burlarse de mi, para despreciar lo que recibe-. Mi solución no ha sido prolongarle las sesiones sino analizarle al comienzo de la sesión cómo destruye lo que recibe y cómo terminará angustiada sin querer irse, hasta que esto se resolvió.

JORDI MARFA (Barcelona) Yo quería preguntarle por el sufrimiento mental de los terapeutas que tratan de este tipo de trastornos, trastornos narcisistas límites, trastornos graves de personalidad en general. En mi experiencia, en una unidad de ingreso de pacientes adultos, he notado que las demandas de internamiento y los conflictos que surgen de estos interna-

mientos son graves y en incremento. Tengo la impresión de que usted ya señala un camino cuando, con la sistematización extraordinaria de sus ideas, tanto en sus escritos como en la conferencia, muestra una firme oposición y neutralización a la extraordinaria desorganización y capacidad de desorganizar de estos pacientes. Pero me gustaría que usted pudiera añadir alguna cosa más al respecto. Gracias.

OTTO KERNBERG La capacidad de desorganización de estos pacientes es, de hecho, muy grande y, como dije, lo fundamental es mantener el encuadre del tratamiento. Esto puede significar muchas cosas, utilizaré dos o tres ejemplos. Por ejemplo, un adolescente que no quiere venir a sesión, no quiere venir al tratamiento. Los padres, desesperados, quieren que se trate y dicen “¿qué hago, doctor? ¿cómo lo obligo a venir?, él no quiere venir”. Bueno, si el adolescente está tan enfermo, que está en peligro de muerte, que no se puede manejar fuera de un hospital yo creo que necesita hospitalización, les ayudo a los padres a que lo fuercen a que se hospitalice. Si el paciente no está tan grave como para necesitar hospitalización, pero claramente necesita tratamiento y no quiere venir, les digo a los padres: “su hijo (o hija) no quiere venir, no está tan enferma como para hospitalizarla pero necesita tratamiento; usted no lo puede agarrar a la fuerza, darle un palo en la cabeza y traerla a cada sesión, Pero, si ustedes quieren, me junto con ustedes por un tiempo, olvídense de su hijo y yo discuto con ustedes cual es la posibilidad de ustedes de crear tal presión que su hijo no pueda resistirla. Por ejemplo, amenazarla con no mantener ningún apoyo económico ni de otro tipo de su educación. Si ustedes pueden crear una situación a prueba de balas en la cual fuerzan a su hija a venir, entonces, aunque venga aquí furiosa, yo quizás pudiera ayudarle. Si ustedes no son capaces de hacer eso no puedo ayudarles. Yo la veré si se cumplen las condiciones mínimas que necesito para el tratamiento”.

Segundo ejemplo. Paciente hospitalizado con agresión contra enfermeros y otros pacientes. Todo el mundo está enfu-

recido. Utilizo el tiempo que yo tengo, (yo tengo 45 minutos al día para ese paciente, o 30 minutos, da igual) -si el paciente crea tal problema que yo tengo que estar 30 minutos para calmar al equipo, yo digo al paciente que hoy yo di el tiempo suyo para tranquilizar el equipo, a lo mejor mañana me deja tiempo para hablar con usted. O sea, yo le dedico 30 minutos -no más- y el paciente llega a entender que, si quiere hablar conmigo, tiene que tratar de que yo no necesite todo mi tiempo para hablar con el equipo.

Siguiente ejemplo: Hay tres tipos de acting out, el actuar fuera de la sesión, el actuar dentro de la sesión y el mini-acting out que consiste en estas conductas que duran dos minutos, en que el paciente, en forma rápida, hace algo que lo desorganiza a uno completamente, de repente uno se siente perdido y todo lo que uno ha hablado se fue por la ventana ¿Me explico?. Si el acting out está fuera de las sesiones, yo me preocupo si hay peligro de vida y yo lo controlo como sea. Por ejemplo: Paciente adolescente, muchacha de 17 años, blanca, largo pelo rubio, que anda por las noches por los barrios negros de Nueva York para pescar hombres con el peligro de que, por lo menos, la ataquen y, en el peor de los casos, la maten. Esto es una conducta que yo prohíbo, interfiere, controlo, por cualquier medio, y me olvido de la neutralidad técnica. Primero controlo la conducta peligrosa, después trato de reinstaurar interpretativamente la neutralidad técnica perdida. Si el actuar está dentro de la sesión, por ejemplo el paciente me empieza a atacar, a insultar, mientras no me ataque físicamente, mientras no me destruya ningún objeto de mi oficina y mientras no grite tan fuerte que mis secretarias no puedan trabajar afuera, lo puede hacer; si grita de modo que le escuchen afuera, le digo: “o baja su voz o se termina la sesión”, porque no puede exceder el límite de ruido de mi oficina. Si trata de tirarme un cenicero le digo: “si usted trata de dañar cualquier objeto mío o a mí se termina la sesión”. Es decir, controlo la conducta y tolero todo lo que está dentro del marco que yo

defino de antemano, y trato de predecir lo que va a suceder para tener una actitud constante de protegerme a mí.

La política fundamental es: primero, yo necesito estar tranquilo y seguro; después, me preocupo del paciente. En la investigación tenemos el principio que tienen los aviones cuando bajan las máscaras de oxígeno en caso de peligro, primero se lo pone el adulto y después al niño, no al revés. Primero el terapeuta tiene que estar seguro, después el paciente, esto es fundamental para estos casos y yo hago todo lo que necesito para estar totalmente seguro, el paciente viene después.

Otro ejemplo: uno hace una interpretación con enorme esfuerzo y el paciente dice que esto es una estupidez y empieza a hablar de otra cosa y uno se siente como medio tonto y desorganizado. Entonces, lo que yo hago, cuando diagnostico estas conductas, no sigo escuchando al paciente si no que empiezo a elaborar internamente el significado de esta conducta superconcentrada que me desorganizó y cuando yo la he entendido internamente interrumpo al paciente, digo: “quisiera volver a lo que pasó hace 10 minutos... yo dije... usted dijo...” Yo pienso en lo que pasó en este momento e interpreto esta situación, la transformo al actuar en una narrativa y con esto, se reorganiza la situación.

A propósito, André Green expresó este principio precioso de que los casos muy graves evitan la presencia psíquica a través de la somatización o el actuar y, cada vez que las defensas son predominantemente la actuación o la somatización, empiezo interpretando actuación y somatización para volverlo al plano psíquico. Larga respuesta a una breve pregunta pero en realidad es muy importante lo que usted preguntó, ¿cómo mantener el encuadre?. Traté de dar algunos ejemplos.

ALBERTO LASA Yo voy a hacer una pregunta quizás cambiando un poco de registro, entre otras cosas porque conozco un poco el interés de Otto Kernberg por los aspectos de las instituciones, de la psicología organizacional, etc., etc., en

recuerdo de algo que íleí una vez, en una traducción castellana que no se si es correcta pero que a mí me impresionó mucho. Usted decía en un artículo que cuando se trabaja en institución es fundamental poder disponer de una sana paranoia anticipatoria, no sé si la traducción le parece correcta o no. Como le veo animadísimo para dar soluciones prácticas para casos difíciles, le quisiera preguntar, en parte porque quiénes trabajamos con niños y adolescentes tenemos un espíritu un poco lúdico y provocador, le quisiera provocar un poco con respecto al siguiente caso clínico:

Cuando un paciente narcisista con tendencias antisociales adquiere responsabilidades institucionales, ¿qué es lo que se puede aconsejar en una a quién está en una situación así?. A mí me surge en estas y otras situaciones la siguiente duda: ¿cual es la diferencia entre deshonestidad y mentira y negación patológica de la realidad?; y, en esa duda, ¿cuál es la actitud terapéutica en el caso clínico y cuál es la actitud de supervivencia en el caso profesional?.

OTTO KERNBERG Primero, en cuanto a mentira y negación patológica. La negación es un mecanismo inconsciente, la mentira es un mecanismo consciente. Si yo estoy en la duda, interpreto que se trata de una negación; si el paciente está preocupado y angustiado por la posibilidad de que yo pudiera sospechar que él miente, ha sido una negación patológica. Si el paciente, después que yo se lo interpreto, queda tan tranquilo como antes, ha sido mentira.

Es decir, una interpretación constituye el modo de diferenciar. Yo primero pienso en la posibilidad de la mentira, pienso en lo peor, siempre pienso primero en lo peor, esa es la paranoia al servicio de la curación.

Quisiera decir algo sobre un tema que yo quería tocar, pero no tuve tiempo, es el hecho de que, cuando hay regresión grupal, hay un fenómeno muy curioso. Me imagino que están todos familiarizados con la obra de Bion sobre la regresión en grupos pequeños, ¿no?, los supuestos de grupo básicos.

Los supuestos básicos de Bion ilustran que, en las regresiones, se producen dos tipos muy importantes, -dejo a un lado el grupo de apareamiento que es mucho más evolucionado, mucho más edípico y hablo del de lucha-. Sale como jefe del grupo, como líder del grupo, un individuo paranoide, típicamente. El grupo elige al más paranoide para dirigir al grupo en lucha-fuga y, en el supuesto básico de dependencia, el grupo elige al individuo más narcisista para que los gratifique con su grandiosidad y omnipotencia.

En decir, en las regresiones de grupo pequeño hay una oscilación entre regresión paranoide y narcisista. Entre selección de un líder paranoide, y de un líder narcisista; está claro hasta aquí. Si tomamos los grupos grandes, de 150 personas, del tipo que ha descrito Pierre Turquet o Didier Anzieu, -no sé si ustedes están familiarizados con esta literatura, menos que con los grupos chicos, lo veo por las caras-. En los grandes grupos, las regresiones tienen las mismas formas, se produce una regresión a un grupo estático que elige a un vendedor de ilusiones, a un mercader de ilusiones, expresión de Anzieu, un individuo narcisista que vende clichés y todo el mundo está feliz con él o, si no, un líder paranoide, que transforma el grupo grande en una horda del tipo descrito por Freud.

O sea, la dirección narcisista y la dirección paranoide son dos direcciones fundamentales en todo grupo regresivo y en ideologías regresivas. Ahí, se entrelaza la patología personal con patología social..

Líderes normales efectivos necesitan tener varias condiciones: primero, inteligencia para hacer planeamiento a largo plazo, es lo más importante, inteligencia alta.

Segundo, honradez porque, por razones que no puedo entrar aquí, las presiones para deterioros psicopáticos, la corrupción en el poder es una fuerza poderosísima siempre, de modo que una honradez profunda es fundamental para un líder porque la corrupción es muy fácil. Alguien que en la vida pri-

vada es honrado antes que lo sepa llega a ser un pillito cuando está en posesión de autoridad.

Tercero, una capacidad de relaciones de objeto en profundidad para poder seleccionar individuos de valor, un individuo con mucha patología no es capaz de seleccionar a otra persona y la función más importante de un líder es la de seleccionar gente que dirige equipos de trabajo.

Cuarto, aquí usted me citó muy bien, una cierta dosis paranoide para poder captar las agresiones antes de que salgan fuera del cauce y una cierta dosis narcisista para resistir las agresiones que el líder va a recibir por la combinación de todas las transferencias negativas edípicas y pre-edípicas de todo el mundo que trabaja ahí. El peligro está en que un exceso de narcisismo del líder, un narcisismo patológico, crea un desastre porque impide que tolere la crítica, impide por lo tanto el feedback normal, hace que se rodee de gente sumisa, de chupamedias, -¿no usan esa expresión aquí?. Es una expresión chilena, no se como lo llaman ustedes-. Entonces, un exceso de narcisismo es un peligro público y, si es excesivamente paranoide el líder también aumenta el temor a la autoridad.

Si combina tendencias narcisistas y paranoides, tenemos los jefes más peligrosos. Esta combinación de narcisismo patológico, paranoia y deshonestidad nos da los líderes como Hitler, Stalin, Idi Amin, Gadafi, Sadam Hussein, etc... O sea, líderes que tienen una estructura de narcisismo maligno. No todos los dictadores tienen estructura de narcisismo maligno. Por lo poco que sé, por ejemplo, el caso de Franco, un dictador, no tenía esa personalidad, en absoluto, no tenía la personalidad de narcisismo maligno; ni Mussolini tampoco, tenía una estructura narcisista muy fuerte pero no tenía los elementos paranoides y antisociales.

No me entiendan mal, no estoy haciendo juicios políticos ni ideológicos, estoy interesado en la personalidad. Vuelvo a su líder. Si usted tiene un líder que es deshonesto, que sí es nar-

cisista y deshonesto, entonces la importancia está en si es paranoide o no al mismo tiempo, hay mucha diferencia. Si no es paranoide, este líder deshonesto y narcisista va a querer que lo quieran, va a ser deshonesto en el sentido de seducir a la gente y actuar probablemente como niño chico seducible y corrupto, creando una corte corrupta alrededor, con las agresiones expresadas en un nivel por debajo del inmediato alrededor de él.

El grupo inmediato, a su vez, corrupto y narcisista. El tratamiento es sumamente difícil porque la estructura de liderazgo intermedia estará corrompida. O sea, es importante que ese líder fracase suficientemente como para que los de la estructura intermedia vean una amenaza para su futuro y lo echen. Antes de eso es, desgraciadamente, una estructura muy estable.

Por el contrario, si el líder tiene una estructura de narcisismo maligno, existe más posibilidad de que el grupo inmediato debajo de él esté buscando la situación de librarse de él, porque todos ellos peligran por las agresiones salvajes y la paranoia salvaje de este individuo. Esta es la razón por la cual estos dictadores cruentos muchas veces caen.

Desde un punto de vista práctico ¿qué se hace en una organización con un líder corrupto?. El consejo general que dan los expertos, y yo estoy de acuerdo, es la educación gradual del liderazgo, del grupo de líderes inmediatamente por debajo de él hasta crear confianza mutua, hasta que pueden hacer un frente unido y confrontar a este líder o dirigirse a la autoridad superior depende de qué tipo de organización y cual es la estructura legal dentro de la cual opera la organización.

Si uno está solo en una organización de ese tipo, tiene que pensar hasta qué punto su vida económica depende de estar en una organización así, y aquí nos encontramos de nuevo con el masoquismo masculino.

RICARDO SANZ (Valencia) Mi pregunta es más clínica y no se si va dirigida más a la doctora Paulina Kernberg o al doctor Otto Kernberg, respecto a niños que vemos en la consulta, pero que también los vemos en la sociedad, niños que han puesto mucho de su autoestima o narcisismo, por ejemplo, en las marcas de las zapatillas o en los pantalones vaqueros, yo creo que hay una interpretación sociológica de que los compañeros la llevan, de que hay propaganda, etc... Pero la primera pregunta es si ven más estos niños en la clínica, es decir si están más cerca de un narcisismo patológico o si puede ser, por lo menos, una vía de entrada o una expresión: en niños que realmente llegan a extremos de “ no salgo de casa si no llevo esos pantalones vaqueros” o dejan de hablar quince días a los padres si no les compran la marca exigida, etc..

Tengo dos niños que desde siempre me parecían muy patológicos y que entraron así, el primer motivo de consulta era éste, era que se enrababan porque pedían marcas y los padres no se las compraban, los niños tenían 12 años. Uno de ellos, me dijeron entre otras cosas, saltaba de una ventana a otra de su piso, que es un noveno piso, (yo vi la ventana y era fácil saltar pero una vez se cayó) y lo hacía además cuando tenía una herida narcisística y se cayó. No se mató, pero pudo matarse.

El segundo caso es un niño, que tengo actualmente en psicoterapia, y que, por ejemplo, descubre en los juguetes que yo le aporto una pequeña etiqueta que dice -“si no está conforme con este juguete reclame a la casa si tiene algún defecto”-. Está empeñadísimo, -tan empeñadísimo que yo llegué a dudar si iba a hacerlo porque el me lo pedía- en que tenemos que reclamar porque una pequeña pieza era de un color ligeramente distinto, rosa en vez de rojo, de lo ofrecido en la tapa, en la fotografía.

Querría preguntarle también si en estos casos la indicación sería de psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis.

PAULINA KERNBERG (N. York) Bueno, yo creo que la pregunta es más interesante que la respuesta. Yo creo que es una observación clínica muy frecuente, y muy sutil al mismo tiempo, y me parece que estos niños tienen problemas de identidad y la identidad, entonces, está en relación con la superficie del cuerpo. Esto se ve con mucho énfasis en el maquillaje, la paciente llora y no se atreve a salir de la sala si no se ha puesto su máscara, su maquillaje; esto sería equivalente al ejemplo suyo en que la identidad está dada por una expresión parcial de lo que se ve y corresponde, yo creo, a la experiencia que tienen los niños de que son mirados como parecen y no como son o lo que son y, en ese sentido, sería interesante, por ejemplo, interpretar esto al chico y ver cómo él puede empezar a trabajar y como usted lo reconoce.

RODOLFO RODRIGUEZ (Ginebra) Yo quería también hablar de un caso clínico pero voy a sintetizarlo. Fue un niño que nos maltrató en un grupo primero y luego que maltrató terriblemente a Anne Lise en un tratamiento individual, que ella hizo luego. Pero lo que quería preguntar a Otto Kernberg son dos cosas. Primero, es el doble retorno sobre sí de Freud. Usted ha hablado de estructura narcisista, de autoataque o también de antisocial. Freud dice, en un momento dado, que primero está el sadismo; segundo, ese sadismo está orientado hacia el individuo -yo odio, me odio y luego me odian- y entonces me parece ahí que llegamos a la estructura paranoide el paso de “yo odio a todo el mundo, yo ataco a todo el mundo”, luego a “yo me ataco” y luego a “me están odiando, me están atacando”, que daba una facilidad para el tratamiento.

Segundo punto, con respecto al masoquismo femenino. Muy rápidamente, a lo mejor digo una tontería, creo que Freud tenía algunos problemas con la homosexualidad femenina. Pero si el masoquismo femenino no se admite como algo pasivo, sino como algo activo, me parece a mí que tiene toda una importancia para el terapeuta y para poder tratar esos casos narcisistas en la siguiente medida; en la medida en qué yo,

terapeuta, ¿cómo se pueden tolerar esas situaciones? acepto en vez de padecer el coito, acepto el coito de una forma activa, acepto el parto de una forma activa y acepto también la castración de una forma activa en el sentido de que si yo me encuentro castrado es porque yo tuve algo a castrar y quizás pueda volver a tenerlo.

Me parece a mí que esa posición del masoquismo femenino pero poniéndolo de una forma activa, nos arma en cierta medida para algunos casos. O sea, a parte de las interpretaciones. Yo he apreciado mucho todo lo que usted ha dicho, pero también yo me refiero a las posiciones que puede tomar para poder tolerar las agresiones, bien entendido, poniendo un encuadre con lo que usted ha expuesto, continuamente, pero para poder tolerar las agresiones que una patología narcisista antisocial puede producirse con esos mini-acting o con esos acting en el análisis.

OTTO KERNBERG No entendí esta última pregunta, ¿cual es su pregunta?, la segunda.

RODOLFO RODRIGUEZ (Ginebra) El masoquismo femenino me parece muy importante para poder tolerar ese tipo de pacientes. ¿Qué es lo que usted piensa con respecto al masoquismo femenino del terapeuta?. A parte de todo lo que usted nos ha dicho del encuadre, yo estoy muy de acuerdo con todo ello pero me parece también que en qué posición puede ponerse el terapeuta para soportar las actuaciones, o sea, a parte de interpretarlas, hay una disposición también a adoptar en la sesión.

OTTO KERNBERG. Sí, muy brevemente y no estoy seguro si le puedo hacer justicia a su segunda pregunta. En cuanto a la primera, Freud describió varios mecanismos como, por ejemplo, la transformación en lo contrario y la vuelta contra sí mismo, que yo creo que son formulaciones que necesitan ser reformuladas a la luz de las teorías de relaciones de objeto, porque Freud habló en términos de psicología de impulsos,

activo-pasivo, agresión proyectada-expresada, ¿no?. Yo pienso que, en función de la teoría de relaciones de objeto, uno se identifica siempre no con la otra persona, no consigo mismo actuando frente a la otra persona, sino con la relación. De modo que, cuando yo digo “yo odio”, significa automáticamente odio a un objeto interno odiado y que me identifico simultáneamente con el Yo odiante y el objeto odiado, lo que en la conducta externa aparece como cambios de sumisión a dominio, masoquismo a sadismo; son actividades alternativas de las identificaciones con la imagen de sí mismo o la imagen de objeto de la misma relación objetal.

Si Freud hubiera formulado sus hallazgos en términos de internalización de una relación de objeto yo creo que habría puesto todas estas descripciones en esta otra terminología. Esto yo creo que lo facilitan las contribuciones de Melanie Klein, de Fairbairn y de Jacobson, que han establecido esto en forma más clara. Esta sería mi respuesta en cuanto a la primera pregunta.

En cuanto a la segunda no pienso en general en términos de masoquismo femenino del terapeuta. Yo pienso que esta fantasía del hombre de ser identificado con una mujer castrada es una patología tan específica que, si el terapeuta sufre de esto, necesita más análisis personal. Me doy cuenta que no le entendí bien, pero déjeme agregar que una reacción masoquista del terapeuta frente a las agresiones desenfrenadas del paciente es un problema muy frecuente. Si usted se refería a eso, tiene toda la razón. Esta tendencia del terapeuta de reaccionar en forma masoquista deriva del esfuerzo de empatía con el paciente. Si es que el paciente me ataca puede que tenga razón, porqué me ataca, qué es lo que hay en mí que ataca. El esfuerzo de mantener el contacto con el paciente somete al terapeuta más a las agresiones, más el SuperYo del analista, porque el paciente sádico aprende cómo entrar al SuperYo del terapeuta como lo describió también Racker en su análisis de transferencia-contratransferencia.

Entonces, es sumamente importante que el terapeuta abrumado por culpa excesiva por el sadismo del paciente, elabore esto internamente y, a mi juicio, esto no se puede hacer inmediatamente o en las sesiones con los pacientes, y es perfectamente apropiado que el terapeuta se sienta perseguido por el paciente fuera de las sesiones y tenga que elaborar su contra-transferencia en un proceso continuo fuera de las relaciones con los pacientes. El tener grupos de terapeutas que trabajan con pacientes limítrofes es, en este sentido, fundamental. Lo veo como una necesidad para sí mismo para mis colegas.

POLA I. DE TOMAS (Madrid) Usted ha tocado un tema, el del narcisismo, que es uno de los últimos temas que a mí, en mi práctica psicoanalítica, ha llegado a fascinarme. Ha habido un libro que para mí ha sido un impacto tremendo y que lo he leído y releído, qué es “impasse e interpretación” de Herbert Rosenfeld, que me ha llevado a repensar una y otra vez las cosas y a modificar las respuestas que yo había dado a algunos casos.

Me voy a referir concretamente a un problema que a mí siempre me ha preocupado, me ha interesado mucho, el problema del suicidio. He trabajado con pacientes suicidas, algunos no han llegado a suicidarse, lo han superado, otros sí. Siempre un poco y además obedeciendo a las consideraciones teóricas de ese momento se pensaba en el suicidio o en el mecanismo en última instancia del suicidio como una identificación con un objeto dañado en el Yo frente a un Super Yo muy cruel que impedía la reparación del mismo, y la destrucción de uno mismo como la destrucción de este objeto ya dañado.

Sí y no. Cuando he conocido el concepto de omnipotencia narcisística destructiva, con el cual Rosenfeld en cierta forma, reemplaza el concepto de instinto de muerte innato de Klein, y lo lleva a un problema de narcisismo y a una distorsión del narcisismo, revisando un poco estos casos, y volviendo a pensar

por qué se han suicidado, aparentemente se han suicidado porque perdían un objeto de amor que les abandonaba o una situación profesional muy importante para sí mismos y para sentirse, a través de eso, queridos. Lo importante de eso es que no era un fracaso afectivo y una pérdida objetal realmente lo que no podía elaborar, porque creo que el fracaso se puede elaborar. Lo que no podían es aceptar la pérdida que el no de esa persona, el de esa gratificación profesional le inflingía como daño a su imagen narcisista. Es el narcisismo lo que los mata, el no poder tolerar una herida narcisista importantísima, donde se prefería muerto a vivir lo que era como una especie de vía crucis frente a un despojamiento total de un narcisismo mínimo.

Lo interesante de eso es, después, el impacto en la contratransferencia. Es decir, yo me hacía cargo, claro, se me suicidan, no valgo, no sirvo, para qué diablos me meto en esto... Pero tuve la suerte y la sana preocupación de supervisarlos mucho tiempo a posteriori con Paula Heimann, que manejaba muy bien la contratransferencia, y donde yo pude transformar en mí lo que, en cierta forma, habían dejado identificado proyectivamente en mí los pacientes, que era su narcisismo que no toleraba un fracaso de una imagen de sí mismo. Y cuando pude realmente llegar a elaborar eso, llegué a sentir pena por ellos, ya que, hasta entonces, básicamente lo que sentía era rabia, porque me habían hecho quedar mal y porque no habían aceptado todo el enorme esfuerzo que yo había hecho por ellos.

OTTO KERNEBERG En cuanto al suicidio, estoy de acuerdo que hay varios dinamismos y que entre ellos, domina no sólo la culpa inconsciente sino también un esfuerzo de escapar a heridas narcisistas graves y también el deseo de destruir la realidad como parte de lo que he llamado el síndrome de narcisismo maligno, que coincide con los casos más graves que describió Herbert Rosenfeld, y que dice que hay, por varios mecanismos, un ataque inconsciente o consciente al terapeuta que crea reacciones contratransferenciales muy importantes.

Yo creo que desde un punto de vista práctico, muy práctico, y perdónenme si soy casi superficial en lo práctico, lo importante es crear condiciones en que el terapeuta pueda trabajar sin temor a ser perseguido por la amenaza del suicidio del paciente y estar dispuesto a trabajar en condiciones que, incluso si el paciente se suicida, uno está protegido de sentimientos de culpa. Esta ventaja secundaria de las tendencias suicidas es importante eliminarlas. Hay una paciente mía con narcisismo maligno que me decía: "bueno, ¿Y qué va a hacer usted si yo me mato?" y yo le dije: -"mire, voy a ponerme triste si usted se mata pero después mi vida va a seguir igual que siempre". Ella tuvo un ataque de rabia pero esta fue la última vez que oí esa amenaza. Es importante qué hacer para estar seguro; primero, cada vez que haya un paciente con tendencias suicidas, decidir si el suicidio forma parte de una depresión grave o no. Si es parte de una depresión grave, hay que tratar de depresión. Si no es a su vez, es de dos tipos, el de las estructuras limítrofes habituales y el de narcisismo maligno. En ambos casos, trato de crear una estructura en la cual tengo preestablecido qué es lo que es función del paciente, función mía, de la familia, de modo que estoy a salvo y protegido en todos los casos de persecución objetiva, de persecución legal, de persecución por sentimiento de culpa. Con esta seguridad, entonces puedo empezar a interpretar.

JAUME BARO Si he entendido bien a Otto Kernberg, las cualidades de un buen líder son la inteligencia y la honradez, que nos ha demostrado ampliamente, su capacidad de seleccionar, también demostrada aceptando nuestra invitación y las justas dosis de paranoia y de narcisismo, que han hecho de él, para nosotros, en esta tarde, un buen líder.

Como eslabón intermediario, yo quería también transmitirle la satisfacción por habernos podido sentir, creemos nosotros, un buen grupo.

Muchas gracias a todos ustedes.

ENCUENTROS Y DIVERGENCIAS EN UN GRUPO PARALELO DE NIÑOS Y MADRES*

Julia Burrueco Arjona y Cristina Molins Garrido
Laura de la Iglesia Fontecha y Encarna Mollejo Aparicio*****

El presente trabajo fue realizado en el Equipo Infanto-Juvenil de Fuenlabrada, Instituto Psiquiátrico-Servicios de Salud Mental José Germain, en el área IX de Madrid.

Este equipo consta de una psiquiatra y tres psicólogas, que llevan trabajando más de 10 años con terapias de grupos en paralelo, niños y madres; nuestra base teórica es psicoanalítica y durante estos años hemos introducido algunos cambios en la técnica grupal de niños. En principio, era de terapia de juego, pero a lo largo de nuestra experiencia, empezamos a darnos cuenta de que los niños querían hablar más de lo que pensábamos, con lo que pasamos a un grupo más verbal y últimamente introdujimos alguna técnica de psicodrama; el grupo de niños que presentamos se realizó en coterapia con técnicas psicodramáticas. En los grupos de madres siempre se ha utilizado la técnica de grupos de orientación analítica. En este grupo, el trabajo fue realizado por dos terapeutas, una como coordinadora y otra como observadora.

*Comunicación libre presentada el 4 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.

**Coordinadoras del grupo de niños Equipo Infantil de Fuenlabrada.

***Coordinadoras del grupo de madres. Equipo Infantil de Fuenlabrada.

El Grupo de Terapia, que se presenta, está formado por ocho niños varones de 10 y 11 años de edad, con sintomatología de: miedos y pesadillas, agresividad, fracaso escolar y enuresis nocturna. El tipo de familia es de estructura típica y dinámica estable; varias madres trabajan fuera de casa y los padres pasan poco tiempo en el ambiente familiar por sus trabajos. Todos tienen uno o dos hermanos. Es un grupo abierto, de duración indeterminada, que en la realidad, duró 13 meses con vacaciones de verano incluidas, los grupos son semanales y con una duración de 45´.

En los comentarios post-grupos, era interesante encontrar sesiones con material o conflictos tan parecidos o cruzados. En este grupo, nuestro método fue recoger todas las sesiones de ambos grupos y a su finalización, comprobar la dinámica de cada uno y en qué momento confluían o se separaban, analizando y elaborando lo que habíamos recogido.

Podemos decir, a modo de resumen, que en el grupo de niños se desarrolló todo un proceso de crecimiento, desde lo más pre-genital a lo más evolucionado, puberal-genital. Hacemos notar que desde la primera sesión percibimos dos tipos de niños en relación a la capacidad intelectual, unos en los que sus problemas afectivos les impedían tener un buen rendimiento mental-escolar y otros en los que existía realmente cierto déficit intelectual.

Contaremos en paralelo algunas sesiones en las que más claramente confluían los conflictos y su resolución, además de unos resúmenes trimestrales, y veremos en un gráfico la representación de la evolución de los dos grupos hasta llegar a su finalización y las dos salidas, necesariamente diferentes de ambos; las madres hacia su identidad femenina, con la aceptación y valoración de su pareja y con la actitud de permitir crecer y separarse a los hijos, sin sentirse vacías. Los chicos en el encuentro con una identidad masculina, no sometidos a sus madres, con una utilización de su energía hacia el conoci-

miento, el otro sexo y el abandono de los síntomas. Al cabo de los 13 meses sólo dos niños permanecerán en grupo, dándose el alta a los seis restantes.

La primera sesión tanto de niños como de madres nos habla de sus problemas; en los niños sucedió así:

El primer día acuden solo seis de los niños citados, en la sesión siguiente se incorporan los dos que faltaban.

Se les explica cómo vamos a trabajar, con las representaciones y la verbalización y les decimos las normas del grupo: el secreto grupal, la no agresión física y la asistencia continuada. Pasan a presentarse y a decir por qué vienen, unos hacen hincapié en los miedos y pesadillas, otros, en las dificultades escolares, en las peleas y tímidamente uno apunta el pis por la noche, con lo que otros más se suman al problema.

Son los miedos a los ascensores, a las habitaciones con la luz apagada, a las figuras que forman sus ropas en la silla de la habitación, a la calle y las jeringuillas, a las películas con muertos y fantasmas... es decir, a la fantasía y a la realidad y sobretodo a la confusión entre ambas.

Se les pregunta por su familia, cuentan el número de hermanos que tienen y su relación con ellos; en general hay mucha pelea, mucha agresión y el sentimiento de ser los perjudicados en la relación, cuando los padres, y sobretodo las madres, se meten en medio de ellos; tampoco pueden dejar la pelea en la calle ni en el colegio con su fracaso escolar.

EL GRUPO DE MADRES tiene una embarazada y una amenaza real de muerte por la enfermedad, posible melanoma, de uno de los padres. En estas dos hiper-realidades que movilizan al grupo, se va apoyando también la elaboración del problema que las trae aquí. En resumen sería una excesiva ligazón depresiva, erótica y/o sadomasoquista con sus hijos que les impide a éstos el desenvolvimiento intelectual y emocional normal, y ellas les obliga a mantenerse impotentes, luchando

estérilmente para controlar lo que conscientemente consideran impotencia de los hijos.

En el **primer día del grupo las madres** dicen: Nuestros hijos están llenos de envidia, de deseos muy fuertes, casi violentos y fantasías de muerte, de hacer desaparecer a los hermanos rivales. Hay un gran deseo de saber y una imposibilidad de aprender. Los deseos tan fuertes que se tienen dan pánico, se los imaginan como un tornado que arrastrase. Están demasiado abiertas las puertas de las habitaciones entre padres e hijos y los síntomas: miedos, enuresis y fracaso escolar que esto produce en los niños, obliga más tarde, a seguir con las puertas abiertas para controlar las pesadillas de bichos que atacan y la enuresis; esto provoca un círculo vicioso que las arrastra cada vez a más movimiento nocturno y a una impotencia diurna en los estudios. El padre no aparece, está rechazado como modelo de identificación para sus hijos.

Resumen del primer trimestre

En el **grupo de niños** nos encontramos con un grupo sometido, excesivamente colaborador y tranquilo, en el que desde el primer momento hay una sensación de pertenencia grupal y en el que van tanteando, progresivamente, la posibilidad de sacar toda su rabia contra estas madre-terapeutas, ya que sus madres son excesivamente controladoras y exigentes: “siempre somos los últimos”, “tenemos que ceder”, “la liamos siempre”, todo ello produce una rabia que destruye las relaciones: con la madre, los hermanos, los amigos, la inteligencia, incluso el propio cuerpo, con las caídas, y todo ello para no reconocer una profunda tristeza, un gran abandono, y es que el deseo de ser mirado por la madre y reconocido por el padre ¡es tan grande!. El final del trimestre termina haciendo frente a un monstruo, sacando todo el sadismo contra el padre perseguidor. En resumen, en este primer *trimestre surgen muchos aspectos orales y oral-sádicos*.

En el **GRUPO DE MADRES**, este primer trimestre es un juego de irse acercando a nosotras confiadamente, al mismo tiempo que no pueden evitar vomitar su angustia y agredirnos directamente, utilizando el grupo y las terapeutas sobre todo como contenedor. Se sienten desbordadas por el peso de los hijos, que desean perfectos y no como sus maridos, a los que viven llenos de defectos y están ausentes, dejándolas solas; cuando no está realmente presente el padre, desaparece para los hijos. No quieren al padre-marido como interdictor en su ligazón con los hijos. Para colmo aparece aquí la amenaza de muerte de un padre, pero con el anuncio, casi al mismo tiempo, del embarazo de una madre.

En este trimestre nos parece que existe la primera confluencia importante alrededor de la octava sesión que se desarrollan como siguen:

Octava sesión del **grupo de madres**, vuelve a presentarse en primer plano la hiper-realidad del peligro de muerte o ceguera de un padre, todo se revuelve con fantasías de nacimiento y muerte. Aparece el temor a que en esta situación no haya un médico-padre que ponga orden, cure y ayude. Al mismo tiempo, ambivalentemente, está el deseo de que el padre no exista, para así, quedarse la madre con los niños. Pero el que esto llegue a ocurrir asusta tanto, que todo se descontrola y “da gusto este susto”, dicen. Todo esto les permite elaborar, a partir de la mencionada hiper-realidad, sus deseos de muerte y nacimiento, trascendiéndoles en fantasías de sueños y películas de miedo. La culpa de haber matado al padre no las paraliza, al contrario, hay un movimiento de unión-desunión, pegarse-despegarse; como si los hijos fueran cacas y un poco más adelante, niños con deseos de meterse en la tripa de las madres y éstas de volver a meterlos dentro de ellas, ésta permitida vivencia se apoya en el embarazo real que hay en el grupo; es a la hora del parto-separación, hora peligrosa, cuando necesitan a un tercero que les ayude.

En la **sesión octava de los niños**: Comienzan las relaciones fuera del grupo, antes de entrar, ha habido una pelea, una repetición de lo que ocurre en casa y en el colegio. Y eso que los cambios empiezan a verse, se controla más la rabia, se aprueban exámenes.. pero se sigue con los malos sueños: “una noche de miedo mi madre viene a mi cama y sueño con guerras y persecuciones, cuando mi madre me estaba bañando me dijo que había hablado en voz alta -esa bomba no”. Demasiado excitación que se vive como una bomba-explisión del pis- y ante la vida-deseo otro sueño de muerte y temor: “una bola enorme me persigue”, bola ocular paterna-enferma, que puede alcanzar. Los sueños se parecen a las películas, son muy angustiosas y otro niño asocia lo dicho con un película de miedo en la que, de nuevo, un niño está en peligro por la agresividad de su padre; tanta persecución es demasiado, hay que huir de ella transformando lo persecutorio en divertido, y la película es de brujas y brujos, pero de risa: a la bruja se le caen los dientes, hay que hacerles perder toda esa fuerza agresiva, toda esa omnipotencia a los padres. ¿Y a nosotras también?. ¿Por qué no crear- soñar una historia entre todos?. Los conflictos quieren alejarse y aparece un extraterrestre, pero muy libidinoso, se quiere casar, pero no tiene cola, quiere presentarse a la chica, a sus padres... una parte del grupo introduce lo más primitivo, al extraterrestre unos hombres quieren cogerle para verle por dentro, triturarle. ¿Qué era eso de mirar dentro, somos todos iguales, sentimos lo mismo, están ahí los bebés, y la enfermedad del padre?... Hay que triturarlo todo, mezclarlo.. ¡No!, ¡no!, hay que rehacerle y seguir la historia: el extraterrestre coge su nave y se va solo.

En la **sesión novena**: la sesión anterior ha movilizad a todos y las peleas, suspensos y miedos proliferan, ¿cómo es eso del miedo?, a raíz de una película con conflicto edípico, en la que un padre se acuesta con su hija, aparecen los fantasmas, pero a las madres les han dicho en su grupo que eso está prohibido, no pueden acostarse con los niños, así es que tras-

greden la prohibición un poquito y se van los dos al sofá. El sueño es siempre el mismo: un monstruo con muchas conchas en el pecho se acerca amenazante... ¿qué puede ocurrir?, “que me coma”. El grupo está atento, solidario y hacemos una representación, la escena-sueño: el niño-miedo junto a la Yo-Auxiliar se enfrentan al monstruo, uno de los niños fóbicos que elige serlo, y ...¿qué se le haría?, el sadismo se desata, la venganza es terrible, el resto del grupo participa en el festín desde sus sitios, tanto que uno se cae de la silla; pero el monstruo no muere porque el niño-miedo dice -“Bueno, ya está”. Podemos adelantarnos a las sesiones siguientes y decir que desde este momento a este niño-miedo, se le quitan los miedos nocturnos que le hacían reclamar a la madre cada noche.

Resumen del segundo trimestre

En el **grupo de niños** es un pasaje de lo anal a lo fálico, con momentos muy expulsivos, con manifestaciones agresivas, sin control; la realidad incluso está descontrolada, ha comenzado la guerra del Golfo Pérsico y hay miedo ante tanta locura-agresiva, el grupo es una guerra, y nos piden ser jueces de tanto descontrol. Y como en toda guerra la tristeza es grande y el temor al abandono, a la muerte se manifiestan; después de matar al monstruo, la madre puede abandonarles. Una realidad de madre embarazada y padre enfermo les asusta, además se dan cuenta que los padres están juntos, la madre está haciendo un hueco al padre en la relación y ellos se sienten excluidos, tristes y rabiosos; pero a la vez, comienza un proceso de búsqueda de identificación, el padre aún no está suficientemente cerca y Atreyu, héroe de la Historia Interminable es un buen modelo: es un niño valiente, inteligente, sensible, capaz de sentir tristeza y va a la búsqueda de una princesa a la que ellos ponen un nombre individual.

En el **grupo de madres**, en este trimestre, nos aceptan a las terapeutas y al grupo como una tercera persona y hay un proce-

so bastante claro de regresión, de irse identificando con los hijos para comprender lo que antes rechazaban de ellos y es a partir del 14 de Febrero cuando aparece el encuentro, un movimiento hacia una nueva separación que culmina en un cambiar de actitud, principalmente en que van a cuidar a los hijos en vez de controlarlos. Hay una sensación de potencia e identidad materna que será lo que seguirá elaborándose en el resto del grupo. Además ha sido aquí donde se ha dado un diagnóstico benigno a lo que se temía melanoma en uno de los padres. La identidad paterna también empieza a estar más presente y ellas mentalizan al final, que es al lado del padre donde tienen que colocarse para ayudar a sus hijos para no sentirse humillados por ser pequeños, que pueden crecer y ser como su padre; tienen que remontar las madres, la regresión que las ha hecho entender lo que les pasaba a sus hijos. Este parto-separación se sufrirá en la realidad en los siguientes meses.

Alrededor de este encuentro del 14 de Febrero se desarrollan algunas sesiones muy importantes para los dos grupos.

En las **sesión número 14 de los niños** sucede lo siguiente: –Falta uno de los niños, otro está acatarrado, el niño con el padre enfermo está con él en el hospital, el niño de la madre embarazada habla de que su madre va a dar a luz, a la vez que nos comenta cuando estuvo con hepatitis y de lo sólo que se sintió.

Aparece una atmósfera de enfermedad, fantasías de muerte: del padre, ¿qué pasará en el parto con la madre?. En la primera representación uno de los niños hace de enfermo, van a verle, todo risas; defensa maniaca ante el miedo a la enfermedad y a la muerte. En la segunda representación la Yo Auxiliar hace de la madre enferma en el hospital, todos van pasando a visitarla y se van metiendo cada vez más en la escena, hay un clima de gran tensión: “¿está muerta?” “Habrá que hacerse cargo de las cosas” “Mejor hablarle nosotros” o “Darle un beso”. La sesión termina de una forma silenciosa y triste. Las terapeutas se sienten asustadas ante tanta tristeza y angustia,

después se vio que el susto no correspondió a la realidad pues fue una sesión que resultó ser muy productiva para los niños.

En este día **las madres** cambian de actitud, quieren defender y cuidar a sus hijos en cuanto les ven en peligro y cuentan que ellos también quieren cuidarlas, “últimamente, quieren hacernos regalos”. Aparece el deseo de comunicar cosas diferentes, en confianza con las madres, en vez de en guerra. Es este un proceso que confluye en una sensación de encuentro amoroso con los hijos en el día de San Valentín. Pero vuelve a pesar la amenaza de separación en cuanto se empieza a disfrutar del amor, al imaginarse una historia de tres, confundiendo al hijo con el marido. En esta fiesta lo que brilla es el miedo a este misterio de tres, se lo imaginan como bichos de excitación: “el miedo solo se apaga encendiendo luces”. Estos “bichos” si se vivencian a solas, con la luz apagada, sería como estar muerta, “Es inaguantable”; pero con las luces encendidas, o sea viviéndolo en el grupo, sólo son películas de la imaginación que es necesario dejar libres. Entonces miran hacia el futuro y piensan en los hijos, ya adolescentes, con su descontrol y posible colaboración.

En paralelo, en el **grupo de niños**, todo es excitación, bromas y risas: “tú estás enamorado”...Pero un niño solo hace gestos “tonterías”, el grupo le dice “eres como un un bebé”, se le pide una imagen: El es el niño con un padre que le cuida, abrazándole”; se le pide que imagine que han pasado cinco años, ¿Qué ocurrirá? La Yo Auxiliar, como madre, se relaciona con el padre y el niño se siente excluido; aparece la rabia, rompe el ordenador con el que jugaba y dice: “Me voy a otra casa”, se busca una familia sustituta pero el niño que hace de padre le dice: “Tienes que ir a tu casa y contar lo que te ocurre”, vuelve a la casa pero no se atreve a hablar; con la técnica del doble la terapeuta habla de sus sentimientos de no sentirse querido, de su necesidad de ser cuidado y de la rabia ante la exclusión, el niño-bebé, va asintiendo a todo lo que va oyendo y dice: ¿Y como lo digo yo?

Resumen del tercer trimestre

En los **chicos**, es una entrada en lo genital-puberal y comienza con mucha vida, más activos, menos sometidos; ha nacido el bebé y en el grupo la visión del padre cambia, no sólo es fuerte, violento o ausente, también es dulce, preocupado, afectuoso, presente, ellos viven sus carencias pero también su fuerza y creatividad: con cariño y mimos se sujeta al bebé y también el grupo crece mejor. Ante la despedida de vacaciones y el anuncio de las altas se van sintiendo tristes, pero a la vez, contentos por todo lo logrado a nivel individual y grupal. Al final, la foto, el brindis y la alegría de las vacaciones. En la última sesión antes de la fiesta de despedida sucede lo siguiente: Se habla de las vacaciones, las altas; solo dos niños se quedarán en el grupo, nadie quiere irse, todos quieren marcharse; quieren seguir representando de la misma forma que venimos trabajando en este trimestre, por equipos, son cosas de despedidas y eligen: la mano que dice adiós, el pañuelo, los ojos para llorar, la boca para besar, la nariz para sonarse y los regalos para la despedida. Todo lo que eligen en la representación es lo que no verbaliza, lo que hay debajo y a la vez de toda la excitación y alegría, la tristeza por la despedida que nos hace llorar.

En el **grupo de madres**, en este tercer trimestre, lo principal es la realización y vivencia del cambio, el bebé nació y le tendremos en el grupo hasta su finalización. Prácticamente han desaparecido los síntomas, la comunicación de los hijos con las madres ya existe en lugar del control exigente, los miedos básicos han desaparecido, las noches son tranquilas, también sin enuresis, en el colegio van mejor y la relación con los hermanos, mejora. Las madres valoran todo lo positivo de los hijos, que antes era sistemáticamente negado y hablan las mujeres de su deseo sexual y valoración personal del marido. Se identifica cada lugar y papel, diferente de cada uno en el grupo y en la familia.

Al final, se comienza el duelo de la terminación del grupo. Ante el anuncio de las altas después de vacaciones, quieren

llevarse algo concreto que las consuele. Se angustian con la despedida, con el temor de que las terapeutas no soportemos todos sus deshechos, y hagamos limpieza tirándolas de nuestro recuerdo; o que su agresividad nos tira a nosotras. Dicen luego: En una situación de despedida, de dentista, de hospital, es comprensible que se suelte la tripa y que todo nos huela mal, “huele a cucarachas “. Pero como aquí se guardará el espacio y el tiempo para el grupo, se pueden mirar las vacaciones como un descanso de tanto calor bochornoso, descontroles de leche, olores y envidias. Cada una se quedará sola y a gusto con su propia sangre, con su propia familia.

Sesiones de despedida

En estas sesiones, a la vuelta de vacaciones, vemos la divergencia entre los dos grupos. Los niños ya habían hecho su despedida, sin embargo las madres necesitaban más tiempo. En estas sesiones, **los chicos** se enfrentan a las altas y despedidas y se nota la ambivalencia, los que se quedan quieren marcharse con los otros, pero también disfrutan de la envidia que provocan en los que se van, que por un lado están deseosos y por otro... El último día nos dan un beso de despedida, después de pensar en como marcharse: ¿Dándonos la mano?, ¿Un abrazo?, ¿diciendo adiós?; algunos están a punto de llorar, verbalizan la tristeza, se acordarán de nosotras y del grupo, quizás vengan a vernos...

En el **grupo de madres** se realiza una nueva vuelta en espiral, sobre el acercamiento y la separación, a un nivel más simbólico; es la separación del grupo, para nacer a los grupos normales, al mundo, que da miedo pero que les dará libertad e identidad materna. El grupo muere con nosotras también y su duelo es inevitable, su agresividad, pena y miedos, resurgen y se elaboran y se van con la sensación de que ellas solas tendrán que terminar de despedirse.

En el final comentan las madres que “tocan a muertos”, en esta Fiesta de los Santos, (estamos casi en Noviembre) y vie-

nen llenas de dolores corporales y mentales, hablan de un bicho que está en la pared, atontado al principio, y después calmado, pero no te asustes porque esta rabia está calmada y solo te pondría un ojo morado como ha hecho mi hijo con su amigo. “Necesitaremos al menos un mes para olvidarnos del grupo y estas alteraciones”, se dicen.

Al mismo tiempo, ya está la libido fuera de aquí, hablan de que a sus hijos les gustan los libros y las chicas de clase y aunque con miedos y vergüenzas hablamos de cosas antes imposibles. Las dos que continuarán en grupo también expresan lo que quieren, que dejemos que pongan su impotencia en nosotras.

Y por último es como si dijeran: “médicos o maestros solo os queremos por necesidad, no como modelo de identificación, mi hijo será como un padre”.

Así la amenaza de muerte o ceguera se concretó solo en un ojo morado. El embarazo en un bebé que acariciaron de mano en mano todas las madres, y los bichos que atacaban en los sueños o imaginación, en un moscón calmado pero que podría removerse en cada nueva separación.

Resumen final

Podemos decir como resumen final, que en líneas generales, las terapeutas de madres vivencian a éstas en el primer trimestre, excitadas, vomitando lo que las desborda, mientras que las de los niños los ven a éstos muy sometidos. Las madres se rebelan contra la incapacidad de los hijos, pero los castran continuamente. Esta excitación agresiva somete a los hijos.

Pero en el trabajo grupal, lo que vemos es que, partiendo de puntos distintos los grupos se encuentran en determinados momentos.

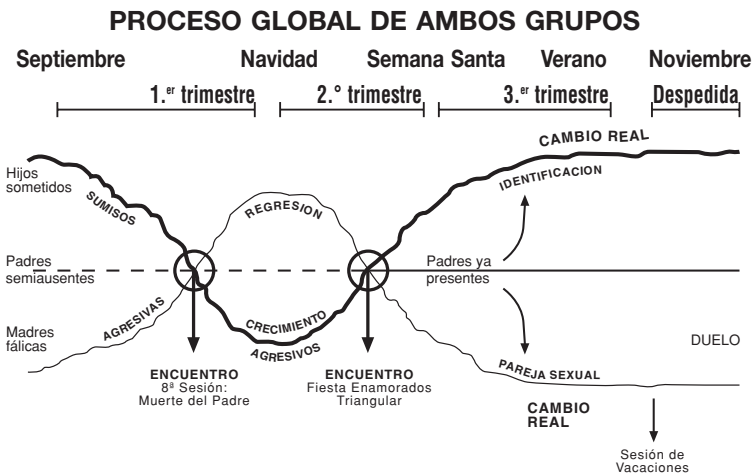
En las sesiones octava y novena, como hemos visto, ocurre el primer encuentro. Los caminos se cruzan, los chicos empiezan y continúan durante el 2.º trimestre excitándose y

volviéndose agresivos en el grupo, mientras que las madres, nos aceptan a los terapeutas como tercero que puede ayudar y se permiten una regresión sumisa, podríamos decir, que las acerca a lo que ellas creían impotencia de los hijos. A mitad del segundo trimestre vuelven a encontrarse con los hijos, ahora ya tienen un padre vivo. Esta vez es un encuentro de tres, lo viven las madres como una historia de amor; el triangulo de amor, con su conflicto, vuelve a separar los caminos de madres e hijos, alrededor del 14 de Febrero. Al final del trimestre todos se sienten abandonados, separados.

Y a partir de aquí los caminos son paralelos, el padre cada vez más presente y con él, los chicos identificados como varones y las madres, replegándose, les van dejando separarse.

En la finalización, quizás el grupo de chicos ya estaba terminado antes del verano, queriendo incorporarse a sus grupos normales, aunque continuó el trabajo de despedida. Las madres, antes del verano, estaban muy removidas después de un duro desprendimiento de los hijos, estas sesiones finales fueron importantes para recuperar el consuelo del recuerdo.

Podríamos representar todo el proceso de ambos grupos de la siguiente forma:



PSICOTERAPIA Y AUTISMO*

Alberto Lasa**

Me propongo en esta comunicación, primero, describir a grandes rasgos, una larga e insólita relación terapéutica con un niño, ahora ya adulto, autista. Esta relación se inició hace algo más de 10 años, y se ha mantenido ininterrumpidamente (salvo en las vacaciones escolares) a razón de una sesión semanal, ritmo que se mantiene actualmente,...supongo que aún por muchos años.

En segundo lugar y como conclusión me gustaría exponer para su discusión algunos comentarios, respecto a esta experiencia y a la problemática de la relación terapéutica con los autistas.

Cuando conocí a J. tenía 11 años de edad (tiene ahora casi 21).

Un año antes había visitado en su domicilio a un eminente psiquiatra quién al decirle los padres que desde siempre se les había dicho que era un autista les contestó. “Lo que es no sé, pero desde luego un chico que tiene tantas ganas de hablar autista no es”. Les aconsejó también que trataran de encontrar “alguien con paciencia y que entendiera de estas cosas porque

* Comunicación libre presentada el 4 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.

**Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría Universidad del País Vasco. Jefe del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Osakidetza.

lo que sí está claro es que necesita hablar con alguien”. Y al año me encontraron.

Investigando en su pasado menos reciente, más bien habría que decir remoto, su familia me informó de que siempre fue un niño especial, sensible y huidizo, aunque creían recordar que de bebé fue muy tranquilo.

Después de dudarlo mucho consultaron por primera vez con un psiquiatra infantil cuando J. tenía 4 años. Fué diagnosticado de “autismo” y tratado con neurolépticos.

Un año después consultó por consejo de su pediatra con otro especialista que reiteró el diagnóstico “autismo precoz” y aconsejó su incorporación a un centro para niños autistas de reciente creación (y precario equipamiento).

Los padres decidieron pronto sacarle por juzgar insoportable su convivencia con niños muy deficitarios, y fue integrado en un aula especial del único centro escolar entonces pionero en la política de integración. (junto con su hermano pequeño, J es el 3.º de 4 varones, y los dos mayores han hecho su escolaridad en otro centro).

Cuando le conocí cursaba 4.º curso de EGB, y sus padres preferían que no contactara con los profesores “porque sus notas eran muy buenas”. Otra cosa eran su integración y relaciones, de las que el propio J. me hablaría años más tarde, y que implicaban un gran sufrimiento, para él,... y para sus padres.

Aún no he olvidado mi primera entrevista con él.

Podría resumir en términos metapsicológicos diciendo que me encontré frente a su funcionamiento en proceso primario particularmente productivo. Pero creo que vale la pena describirla con algún detalle.

Sus dos primeros comentarios me sirvieron para entender que efectivamente podía asimilar de carretilla ciertos conocimientos escolares.

“He observado que este edificio esta construido sobre un cultivo de cucurbitáceas” fue su frase de saludo con un tono de conocerme de toda la vida. La segunda tampoco fue manca “Sabes Alberto, me han informado de que te llamas Alberto, han instaurado la veda de los salmónidos, aunque lo que tal vez no sepas es qué son los ciprínidos”. Con mi perplejidad, fácilmente imaginable, no se me ocurrió más respuesta que invitarle a dibujar aquello “de lo que veo que estás muy enterado”.

J. hizo dos dibujos (transparencias 1 y 2) que denotaban que la caza y la pesca le entusiasmaban (por razones portentosamente patológicas), y que era absolutamente incapaz de construir un relato coherente sobre lo que dibujaba. En palabras entrecortadas, acompañó la realización del primer dibujo con múltiples musitaciones en voz baja, acompañadas de una mímica estereotipada y complicada, me habló de asesinatos, cadáveres enterrados, animales cazados y destripados, crías aplastadas y algunos horrores más, difíciles de oír.

No hizo ningún comentario al realizar un dibujo de episodios con escenas de pescadores que interrumpió antes de terminar.No volvió a dibujar hasta pasado muchísimo tiempo. El resto de esta primera y larga entrevista, enumeró con un tono de papagayo resabiado, infinidad de conocimientos referentes a diversos animales y sus características.

Yo le dije que me había hablado de cosas que le interesaban mucho y que eso le ayudaba a estudiar y aprender lo que ponen los libros, pero que también le hacía pensar en cosas que le daban mucho miedo y mucha pena, y de eso le resultaba imposible hablar en voz alta. Le dije también que a mí me gustaría que siguiéramos hablando “de las dos cosas, de lo que te gusta pescar y cazar, del calendario de la veda, y también si eso te va a dejar más tranquilo,de los pobres animales muertos”.

Quiero matizar que al hablarle él miraba por la ventana,” sin escucharme”, y sobre todo que no suelo hacer proposiciones

tan comprometedoras en una primera entrevista. Creo que si lo hice fue, por el terror que creí adivinar en su fantasía inicial “estamos hablando sobre un cementerio de calabazas aplastadas” y porque le imaginé desesperadamente necesitado de evacuar ideas muy destructivas y agresivas. (“ya me han informado de cómo te llamas”).

El resultado de mi alarde imaginativodiez años de apasionante diálogo. Diez años que tengo que resumir en diez minutos.

A la entrevista descrita siguieron largos años de sesiones caracterizadas por un juego psicodramático, estereotipado, y repetitivo hasta la saciedad. Cazadores y pescadores furtivos sorprendidos por policías, y ladrones de tesoros atrapados en trampas fueron las dos escenas en las que me mantuvo inmovilizado durante muchos meses. Este juego era muy a menudo bruscamente interrumpido, por cualquier ruido exterior, por cualquier emoción imprevista o por razones absolutamente desconocidas para mí.

Las interrupciones daban lugar a un comportamiento muy ritualizado, letanías en voz ininteligible (que mucho más tarde conseguí oír, y que consistían en insultos sorprendentes, exclamaciones blasfematorias y declaraciones de inocencia como por ejemplo “jamás cometeré quebrantahuesadas”), y movimientos de huida acompañado de tocamientos misteriosos de objetos y muebles, y escapada al pasillo para volver y reiniciar el juego, o al retrete para realizar enigmáticas actividades, ante las que siempre me mostré extremadamente respetuoso, y de las que me ha hablado sólo 8-9 años después. (En general se trataba de lavados de boca-lengua, de abluciones “para serenarse y templarse los nervios”, o de expulsiones irrefrenables, en forma de defecación, de emisiones de gases silenciosas, pero olorosas, o de complejas sesiones de escupitajos hacia diferentes blancos).

Resulta difícil en este resumen matizar la monotonía y lentitud de movimientos (psíquicos) de J. y su enorme dificultad

de contacto (evidentemente jamás se podía hablar de él ni de lo que le pasaba por la imaginación y mucho menos por el cuerpo). Pero aunque en un mar de dudas siempre me pareció que estaba claro entre los dos que teníamos que seguirnos viendo, que yo no debía pretender por mi parte marcarle otro ritmo, (más sesiones, más actividad interpretativa), so pena de una ruptura inmediata o de un repliegue masivo. Mi duda fundamental era, y sigue siendo, que es lo que esta relación puede movilizar en él.

De vez en cuando y prudentemente, J. parecía soltar algún signo de que el tratamiento le importaba. Una vez, al inicio del 5.º año de tratamiento, la reanudación de sesiones tras el verano se retrasó. Cuando vino pasó casi media hora garabateando sobre el papel un ovillo. Al preguntarle que era me respondió que era un plano del pueblo en que veraneaba. Le pedí más detalles, pues yo solo veía una maraña de rayas. El me explicó todo un complejo nudo de carreteras y caminos, con referencias muy concretas, la panadería, el kiosko, la plaza etc. “Con esto hubiera encontrado tu casa hace tiempo” le dije. Sonrió, hizo una bola con el papel, se la metió en el bolsillo y se fue sin decir absolutamente nada. La sorpresa vino después.

El nuevo juego, también muy repetitivo y que también duró lo suyo era, yo te doy pistas para que encuentres un tesoro. y me escribía notas, para encontrar juguetes, y, gran sorpresa, para encontrar mis propias cosas, que el buscaba en mis cajones, o en mi ropa, para esconderlas y ayudarme a encontrarlas, todo hay que decirlo en sitios bastante insospechados. En la taza del WC; envueltos junto con cosas tuyas en bolsitas requeteusadas, chupadas etc. Lo más importante era la incipiente aproximación entre sus cosas, su cuerpo, sus deyecciones corporales y las mías y mi cuerpo.

Bastante rápidamente este juego se transformó en “tú me buscas, yo te busco”. El se encerraba, o me encerraba en un

armario, y desde allí me daba o le daba pistas. A veces tenía que encontrarle, a oscuras, a ciegas, o “embalsamado”. Pronto la cosa se animó mucho. El enterrado al principio yo, luego también él, era un muerto, lleno de gusanos, blasfemaba, (eso solo yo, cuando era mi turno) el de fuera rezaba un credo o repetía “jaculatorias a la gloria de Cristo y su Resurrección” y entonces el encerrado salía vivo. No siempre porque a veces era pescado o cazado como una perdiz o una anguila, y asado inmediatamente.

A la vista de lo que parecía una gran productividad psicodramática, y en un alarde de optimismo en cuanto a una posible aceleración del proceso terapéutico intenté con dos coterapeutas un abordaje psicodramático, que fracasó estrepitosamente en tanto que tal, pero que sorprendentemente sirvió para que ignorando absolutamente a los coterapeutas presentes me hablara de su vida cotidiana. Fué la primera vez que se quejó de su madre y del acoso escolar en que vivía y en que me solicitó que interviniera para que sus padres entendieran que no era fundamental el enorme esfuerzo intelectual que hacía.

De vuelta a la relación individual, comenzó una nueva fase. Ocurrió que, como el tiempo pasa, fue llamado a filas, y aceptó mi proposición de librarse del servicio militar, para lo cual le hice un certificado médico en el que se hablaba de su pasado infantil, y de las dificultades relacionales que seguía padeciendo.

Nunca imaginé el efecto de tal intervención. J. empezó a asediarme con preguntas acerca de su pasado, sobre todo en lo referente a las cosas que había hecho conmigo, y que al parecer había olvidado por completo.

Es en esta fase cuando pudo empezar a contarme las pesadas bromas de sus compañeros de clase, su sentimiento de ridículo cuando le humillaban o cuando se reían de su tartamudez o de “este tono de voz y esta manera de hablar que

tengo". Sus lloros al recordarlo eran estremecedores, y todavía hoy es muy patético oírle lamentar su inadecuación cuando intenta hablar con alguien desconocido.

También comenzó otro estilo de indagación, consistente en preguntarme acerca de mi infancia. Sobre todo su interés repetido y machacón se centraba en saber si yo fui un alumno travieso, si blasfemaba, si contaba chistes y si estos eran marrones o verdes, y también como eran las reacciones de mis compañeros y de los profesores. Me preguntaba cien veces cual era la sanción que hubiera recibido " si hubieras contado un chiste por ejemplo como este", y acto seguido me contaba él un chiste, o cochino o irreverente, que acompañaba de carcajadas atroadoras (que le han hecho ser conocido por los vecinos).

Y en el exterior ¿que estaba pasando entretanto?

Terminó EGB con grandes apuros desde 6.º curso. Como suele ocurrirme habitualmente ninguna de las propuestas de salidas escolares más adecuadas para él, que hice a los responsables escolares fue escuchada. Se intentó que entrara en una escuela agraria, porque la ecología y sobre todo la pesca y el contacto con los animales son algo en lo que destaca. En el examen de entrada sacó un sobresaliente en letras (tiene enciclopédicos conocimientos en política e historia), pero suspendió en matemáticas.

En vista de lo cual terminó en Formación Profesional, en una rama técnica muy alejada de sus aficiones. Pues bien desarrolló insospechadas capacidades de dibujo técnico, pero como era lento y muy perfeccionista y terminaba los trabajos en casa, a veces a altas horas de la noche. En la escuela pensaron que se lo hacían sus hermanos y no estoy seguro de que se convencieran de la verdad pese a los intentos de sus padres.

En vista de lo bien que iba, pensaron que pasara a FP 2, rama hostelería. Una vez más tratamos de explicar que el con-

tacto imprevisto con desconocidos era una de sus terribles dificultades. Tras tres años en esta escuela, y después de que en su primer día de servicio a clientes del restaurante, se cayera al servir la sopa produciéndose serias quemaduras, alguien decidió que la elección no era muy acertada, y que era mejor que lo dejara.

Los padres al saberlo, pensaron que nadie mejor que yo para decírselo. Yo les dije que estaba casi seguro que para J. sería un alivio dejar de hacer el descomunal esfuerzo de adaptación que estaba haciendo, y que podían anunciarle con tranquilidad su “fracaso”. También les dije que yo le hablaría a J. de nuestra conversación.

Cuando le dije a J. que le suponía aliviado por dejar la escuela estalló eufórico. “•No lo sabes tu bien hasta que punto”. Y añadió: “Te diré lo que en cierta ocasión, según he leído, exclamó el deán rojo de Canterbury: Dimito, pero no porque haya menguado mi entendimiento, sino porque se ha agotado mi paciencia”.

Impresionado, le pregunté que donde había leído eso. Su respuesta me impresionó aún más. “Lo he leído en un libro de Vallejo Nájera. Supongo que sabrás que es un famoso psiquiatra...(y evitando cruzar su mirada llorosa con la mía)... recientemente fallecido “. Salió al WC, en el que por los ruidos deduzco que se lavó la cara. Al volver añadió: “Trato de leer todos sus libros...”

Comentarios

- Desde siempre hemos sabido que la evolución deficitaria amenaza a todo niño psicótico. Sin embargo actualmente se está extendiendo desde áreas anglosajonas y como algo novedoso, una vieja ideología que equipara autismo, y psicosis, con deficiencia, atribuyéndoles una causalidad orgánica que se basaría en nuevos hallazgos neurobiológicos. Esta

hipótesis causalista se acompaña de una defensa de opciones, terapéuticas y político-asistenciales, de corte rehabilitador, y aún más de la descalificación de otros tipos de tratamientos o de planteamientos institucionales, dada la “incurabilidad “ del autismo.

Con ello los niños autistas que se benefician de tratamientos a largo plazo pueden convertirse en una especie en riesgo de extinción.

Se trataba pues de testimoniar a la contra, afirmando que hay autistas, y muchos, que pueden beneficiarse de estos tratamientos, que pueden marcar su destino evolutivo, aunque no se curen. Dicho de otra manera la prevención secundaria o terciaria, sigue siendo una aspiración muy digna, que justifica la opción “psicoterapia” aun cuando el proceso patológico se mantenga en la cronicidad.

- Desde otras posiciones también otra opción, la que defiende que sólo un tratamiento muy intensivo o institucional es válido, puede condicionar cierta pasividad ante cualquier otra oferta terapéutica, juzgada como “insuficiente” y desechada por ello.

Lo que este caso ilustra es la existencia de autistas que toleran una relación terapéutica relativamente poco intensiva, y que aunque no sea curativa, es beneficiosa para su evolución.

Lo que yo entiendo como beneficioso es que un autista acepte hablar de sus procesos psíquicos con otra persona, y que ello le sirva para rehacer su biografía y restablecer cierta continuidad en su vida psíquica.

- El tercer y último comentario se refiere a la necesidad de adaptarse a las particulares capacidades y limitaciones relacionales de un autista a la hora de idear modificaciones en el setting habitual en otras psicoterapias.

Aunque ello exigiera una teorización más profunda sí apuntaré a la ideas de que solo podemos llegar a la hora de la inter-

pretación, hasta donde el autista lo tolere. Dicho de otra manera que no se le puede decir, y por tanto no se le debe decir, todo lo que comprendemos.

Sin embargo que el autista sepa que comprendemos cosas que callamos tiene para ellos un gran papel de contención, pero además puede ser utilizado retrospectivamente, cuando su permeabilidad psíquica es mayor.

Por esta razón la continuidad en estos tipos de tratamientos es imprescindible. No se puede rehacer su propia historia con quien no la ha conocido, o mejor dicho, no la ha compartido. El grave problema asistencial que padecemos es que hay muy pocas personas disponibles para aceptar este compromiso, sobre todo entre las que se dan cuenta de lo que ello supone.

Me gustaría que esta comunicación fuera vista, por los que sí que saben lo que es tratar durante años un autista, como una propuesta de que militen por la apertura de este espacio terapéutico y asistencial que parece optar por la retirada.

ENTREVISTA, VALORACION E INTERVENCION TERAPEUTICA EN UN PACIENTE BORDELINÉ*

E. Toledo Ruiz** y Juan Manzano***

Se trata de una paciente a la que voy a llamar Carmen.

Llega a mi consulta derivada por un colega que previamente me llamó para decirme: tengo una paciente de 17 años, es muy inteligente, pero tiene dos problemas severos, es muy agresiva (había tenido peleas con la policía) y ocasionalmente es la líder de una panda de motos; si bien ha trabajado limpiando portales para pagar mis honorarios. No puedo atenderla porque atiendo a su cuñada.

Cuando recibo a la paciente, la impresión física que me da es de menor edad. Su entrada en consulta fue correcta, sentándose donde yo le indicaba.

—¿Qué te ocurre?

—Llevo un año prácticamente sin salir de casa, “me dio la depre” (explica un cuadro clínico compatible con depresión).

—¿Por qué consultas ahora?

*Comunicación libre presentada el 4 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.

**Psiquiatra, Ayudante del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense de Madrid.

***Psiquiatra, Psicoanalista. Jefe del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra.

–Mi novio me ha dejado y yo le he arañado la cara, el coche y le amenazo por teléfono, “creo que me estoy volviendo loca”.

–¿Por qué dices que te vuelves loca?

Carmen comentó muy angustiada:

–A mí se me pasan muchas cosas por la cabeza.

Y yo, intentaré contarles algunas de las que verbalizo:

- a) Como que Dios me va a castigar después de morir quedando como un “esqueleto con ojos” y, es curioso, no creo en Dios, es una de mis contradicciones.
- b) No quiero salir de casa y salgo de golpe “como alma que lleva el diablo” y me acuesto con cualquier chico.
- c) Tan pronto a una persona la encuentro fenomenal como la “echo por tierra”, y esto sucede en 5 minutos. La amo y la odio y me olvido que la quise.
- d) Y cuando siento mi vacío todo es tan aburrido que creo morir.
- e) Me he operado la nariz y no estoy a gusto, voy a operarme de los pechos.

–¿A qué crees que se debe tu estado?

–No se, pero yo siempre me he sentido muy mal, pero fatal, desde que tengo 15 años.

En ese momento sus ojos se llenaron de lágrimas, y voy a intentar transcribir como hablaba:

“A los 12 años conseguí que mis padres regresasen de Alemania porque desde el internado amenazaba con cartas de cómo me iba a suicidar. A mí me dejaron con 6 meses con mi abuela, y mi madre se llevó a mi hermano mayor a Alemania, regresó cuando yo tenía dos años y medio para dar a luz de mi segundo hermano. Estuvo unos meses aquí, pero se llevó a mis dos hermanos a Alemania y yo quedé con mi tía; luego

regresó para dar a luz de nuevo y a mí me dejaron en un internado con 8 años.

Conseguí que regresaran, pero *mi padre* dice que no soy su hija que soy hija de “un futbolista portugués”, un lío de mi madre. Dice que yo estoy loca.

Mi madre friega portales y dice que cuando mi padre la sigue al trabajo, así se entera de que está con la escoba en las manos. Ella opina que “yo tengo muy mala leche” y “muchos cuentos”, sobre todo cuando explico lo que creo que ocurre en casa.

Con mis hermanos me llevo bien, voy con sus pandas.

A mi hermana la llevo al parque de atracciones, estudio con ella, le doy de comer...”

Cuando terminó este relato estaba empapada en lágrimas

–La quieres mucho ¿verdad?.

–Como me hubiese gustado que hubiesen hecho conmigo.

–Le pregunté: ¿qué quieres ser de mayor?.

–Una buena filóloga alemana. Yo no puedo ser mamá.

Contacté con la familia y no vinieron.

Valoración de la entrevista

Me impresionó la gran capacidad de darse cuenta y de asociar que tenía. Me pregunto por seducción o ¿era una búsqueda de identidad?

Punto de urgencia: miedo a volverse loca.

Otros puntos: sufrimiento interno.
trastornos de conducta.

Relación de objeto: madre: sometida y acusadora.
abuela: cuidados.
padre: sádica.

Super-yo: muy sádico y cruel (“esqueleto con ojos”).

Transferencia: – Verbal: positiva, buscaba ayuda.
 – Preverbal: paranoide, “reaccionaba masivamente” ante cualquier movimiento mío y me controlaba de raballo.

Contratransferencia: Me produjo una gran ternura y decidí en ese momento aceptarla para trabajar con ella.

Mecanismos de defensa: Proyección, identificación proyectiva, aislamiento y actuaciones.

Ansiedades predominantes: Separación (verbalizada)
 Paranoide (actuada)

Juicio diagnóstico:

Francesca 3.01 patología de la personalidad “abandonismo”
 DSM-III-R personalidad límite (cumple 8 criterios)

Planificación del tratamiento

Dirigidos por el mismo terapeuta:

- 1.º Tratamiento individual
- 2.º Apoyo + grupo
- 3.º Grupo

Fin: cambiar el liderazgo de la “panda de motos” por un liderazgo intelectual en un grupo terapéutico tipo Bion, y desde esta nueva ubicación proseguir su crecimiento personal y social.

La materia prima de la que disponíamos era su capacidad de pensar y asociar, que pretendíamos incrementarlas trabajando principalmente con 6 objetivos que nos habíamos marcado:

- 1.º Evitar actuaciones
- 2.º Manejo de sus ansiedades

- 3.º Problemas de identidad relacionados con la denigración de lo femenino.
- 4.º Poner palabras (violentas, amorosas) a sus emociones (y les puedo asegurar que mi supervisor y yo incrementamos nuestra riqueza lingüística).
- 5.º Reconocer sus dos modos de relacionarse y “rescatar los cuidados”.
- 6.º Actuar sobre el super-yo cruel.

Si bien eran prioritarios 1.º, 2.º, 3.º y 5.º. Para hacer posible nuestro fin, indicamos: terapia individual durante 5 ó 6 meses con una frecuencia de 2 veces/semana.

Nos preguntamos muchas veces ¿hasta dónde es posible que interiorice conocimientos? Teníamos muchas dudas. Puedo contarles como fueron estos 6 meses de tratamiento, que se extendieron de Noviembre de 1989 a Abril de 1990. El material lo hemos dividido, con fines didácticos, en 6 apartados que si bien, se ajustan a la evolución cronológica, los asociados con las ansiedades predominantes y el material traído por la pacientes.

Permítanme que haga el inciso de pedir disculpas de antemano a los posibles “oídos castos” que todos tenemos, por el lenguaje que usaba la paciente, sólo tratamos de mostrar de la forma más realista posible cómo discurrió esta terapia.

Primer grupo de sesiones

Primera sesión: Noviembre 1989:

Manejo agresivo de las relaciones

La paciente entra ridiculizando mi consulta, mi sala de espera, “no tienes enfermera”, “tienes un morro que te lo pisas”, “con los honorarios que cobras, eres abusiva”, “todos los psiquiatras sois unos judíos”, “si Vd. se comparase con el psiquiatra que me ha mandado a Vd. quedaría a la altura de la mierda”... (el ataque duró 15 minutos).

Terapeuta: Sientes un profundo miedo a llevarte bien conmigo por si te abandonase, por eso me atacas agresivamente para evitar el contacto conmigo, me rechazas de antemano.

Paciente: Comenzó a atacar al psiquiatra que la derivó a mí: “Es gilipollas, claro como es importante me manda a Vd. que es una neófita..” y me ridiculiza de nuevo.

Terapeuta: Quieres que comparta contigo lo “ridícula” que te sientes, lo insignificante, cuanto te sientes abandonada, y pienso que este sufrimiento te es tan doloroso llevarlo tu sola, que a veces te desesperas y quieres destruirnos a todos.

La paciente asoció:

- Una situación de abandono en un hospital alemán y las patadas que dio en las piernas a su compañera de habitación (7 años).
- Lo menospreciada que se sentía cuando sus padres preferían tener a sus hermanos en Alemania y ella quedaba en España.
- La rabia que le daba cuando traía regalos a los hermanos y a ella no.

Terapeuta interpretó: Parece que la culpa de tu abandono lo relacionas con tu sexo (mujer), que parece que ser mujer lo vives como algo denigrado.

La paciente refirió malos tratos de su padre a su madre, **a la vez que levantaba la voz para terminar gritándome.**

Terapeuta: Para no sentirte una insignificante mujer como tú crees que es tu madre y como quieres que yo me sienta te transformas en un jovencito agresivo y arrogante.

Paciente: Tiene Vd. razón (en un tono muy razonable), no sé quién soy, me han desilusionado las relaciones sexuales con mi novio, y encima le rompo el coche, lo amenazo por teléfono,... No sé qué me pasa; siempre ataco todo o abandono.

Terapeuta: Estás buscando una forma de entenderte conmigo que sea algo distinto a dejarme o a atacarme, y yo creo que deseas que compartamos las desilusiones, pero deseas verificar que soy de fiar, que yo entiendo tus rabias y me pides que les des sentido.

La paciente: pasó el resto de las sesiones contando tristezas, desilusiones, aislamiento, comenzó a llorar, y lloró mucho.

Empezó a preocuparse de que estaba triste, pero que se levantaba mejor por la mañana y comenzaba a estudiar. Había dejado la “panda de la motos”.

Diciembre 1989 (antes de vacaciones): Separarse es la oportunidad de repetir los modelos de aprendizaje adquiridos en la consulta, fuera de ella

Llega un día muy contenta, me explica que sale con un chico y verbaliza “le he enseñado como funciono cuando me ponga agresiva”, “cuando me da la neura, así, ni me sujetará, ni se enfadará, pero estoy metida en la cama otra vez. Vd. dirá que soy ...”.

Terapeuta: Vamos a separarnos en vacaciones. Quieres que no se te olvide lo que aprendes conmigo, “controlar la neura”, así vas a tener la oportunidad de repetirlo con tu amigo todos los días, por eso le estás enseñando y a la vez quieres que esté muy cerca de ti en la cama para quitarte el susto que te da el separarnos.

Paciente: Vd. se ríe de mí, toda la gente se ríe de mí, por la calle, me miran y se ríen..., es como si me reconocieran...

Terapeuta: Temes que si muestras “tu parte bebé” y lo necesitada que estás de que te calmen y de aprender, nos riarnos de ti, y te hace sentirte muy ridícula.

Paciente: Bueno, por lo menos no te ataco y no te he dejado plantada en la consulta (comienza a hablar de los adelantos de estos dos meses).

Terapeuta: Quieres ser generosa conmigo, mostrarme que has crecido, que vas aprendiendo a controlar y así despedirte de mí estas vacaciones.

Fuera de sesión la paciente me pregunta: “¿Puedo llamarte si no tengo bastante con mi amigo en vacaciones?” Le contesto que sí (que dejase en el contestador el mensaje). No llamé en vacaciones.

Enero de 1990 Regreso de las vacaciones Soluciones somáticas

Había viajado con su amigo, con el hermano y la novia del hermano. No había tenido líos con la policía.

La paciente refiere en la sesión: “He observado a mi hermano y a su novia. Es como mi padre y mi madre, mi hermano es agresivo pero la novia no le quiere, quiere a su psiquiatra, me habló mucho de su psiquiatra, está enamorada de él y con mi hermano se trae un “mal lío”. Pero la quiero, ella me llevó al psiquiatra, y en 1.º de BUP me dijo que me estaba volviendo loca, me avisó...”

Ella es anoréxica, no sufre con su cabeza, no se angustia, es más feliz que yo. Me ha empezado a doler el estómago en estas vacaciones”.

Terapeuta: Estás buscando un modelo femenino para aprender a calmar tu angustia, y te parece que puede aliviarte colocar las angustias en el estómago, igual que hace tu cuñada con su cuerpo

Paciente: Lo que sé que no me sirve es la relación de mi hermano y su novia, mi novio es mejor, me cuida y me tranquiliza, me entiende y no se cómo lo hace...

Terapeuta: Parece que has encontrado otra forma de aliviarte, que es colocar los cuidados y saber fuera, y que por el contrario olvidas que tú enseñas a tu novio y cuidas a tu hermana. Que parece que lo bueno siempre lo colocas fuera de ti.

Paciente: Dijo “Nunca me ha visto nadie nada bueno, ni han valorado lo que hago, siempre he sido la loca, la “pirada” (silencio). Sabes, yo siento que te quiero, cuando te veo físicamente me calmas, y es importante para mí que veas cosas buenas en mí. ¿De verdad es cierto?”.

Terapeuta: Quizás estás aprendiendo a relacionarte de otra forma diferente a dar palos y voces, que es querer y respetar y que te quieran y te respeten.

Empezó a llorar. A la salida dijo: “Vas a estar el lunes próximo”. Le contesté que sí.

Enero 1990 Relaciones agresivas en la familia

Llega con la mano vendada. Tiene aspecto triste y desolado.

Terapeuta: ¿Qué te ocurre? (Era consciente de que levantaba el setting rígido, pero consideraba que debía hacer de yo auxiliar)

Paciente: Me han dado 10 puntos.

Sentada frente a mí la percibo tranquila. Comienza a hablar tranquilamente (era desacostumbrado en ella).

Paciente: Vd, me ha engañado. Mi hermano y mi padre opinan que hay que rayar el coche al vecino porque ha aparcado mal e interrumpe el paso a casa. Hay que romperle los faros y el cristal para que aprenda. Yo estaba oyendo todo y dije que se podía hablar con el Sr. para que no aparcase interrumpiendo la entrada. Los dos se echaron a reír y me dijeron “Anda la dialogante, ¿eso es lo que te enseña la Bruja los lunes y jueves” (días de sesión). Empezaron a decir tales burradas que me levanté llena de rabia y pequé un puñetazo en el cristal de la puerta, el resultado son los 10 puntos.

Terapeuta: Me estás trayendo un deseo, el poder conseguir dentro de ti la tranquilidad con la que me estás hablando, para que sí atacan tus cosas valiosas, sepas defenderte sin lastimarte.

Comenzó llorar y dijo: “No deseo que la toquen a Vd. Ridiculizarla a Vd. ciertas veces es prostituirla..., necesito estar tiempo con Vd...” Lloró prácticamente toda la sesión hasta que quedó calmada, repitiendo “necesito estar más tiempo con Vd. **Vd. se ha interesado por mi mano. Es la única persona que me ha preguntado por la mano. Nadie me acompañó a la clínica**”.

Terapeuta: Quieres permanecer conmigo para aprender a funcionar sin tener que idealizar a las personas o a denigrarlas, simplemente entendiéndolas y preocupándote por ellas, así evitarías sentir rabia asesina.

Paciente: Yo me he dado cuenta de que he funcionado siempre como mi padre y mi hermano, es lo que se lleva en mi casa, ahora que razono no lo entienden.

A la salida le dije: “Hasta el próximo lunes”.

Febrero 1991. Verificar como soy.

¿ En busca de una escala de valores?

Entra en la sesión y en el pasillo dice: “Tía, ¿qué opinas del aborto?, tengo la tripa llena”. (Yo siento que es una trampa). Repite y me intenta convencer del embarazo.

Contratransferencialmente siento una profunda duda.

Terapeuta: No sabes qué hacer con la vida, si atacarla y destruirla, o conservarla, quizás por eso quieres saber qué haría yo, revisar mi escala de valores, posiblemente quieres comenzar a establecer la tuya.

Paciente: Estoy embarazada, voy a abortar, a Vd. le reparará, es médico, teóricamente para curar, dar vida... (siguió el ataque).

Terapeuta: ¿Quieres destrozarme en tu mente como lo intentan hacer tu padre y tu hermano, ante el miedo que sien-

tes al admitir, que la “bruja” tiene cosas buenas que llenan la barriga.

Paciente: Vd. es una engreída como todos los médicos y además profesora. Los profesores son “sabelotodo”... Cuando terminó el ataque y se produjo un silencio.

Terapeuta: Me muestras la cantidad de rabia asesina que sientes y parece que quieres verificar que yo puedo subsistir a esos ataques agresivos, que yo no me rompo como el cristal.

Se produjo silencio en la sesión (contratransferencialmente tenía la sensación de que algo nuevo iba a aparecer).

Paciente: Estoy sacando sobresalientes en los libros y estoy asustada... pero no le voy a pagar, necesito el dinero para abortar...

(Mi contratransferencia –¡qué sádica es conmigo!).

Terapeuta: Tienes tanto miedo en ser brillante y exitosa por la responsabilidad que conlleva el admitir que las dos podemos trabajar juntas, cuidándonos, que prefieres saquearme, denigrarme, explotarme, o robar mis honorarios.

La paciente repasó las relaciones con sus familiares, con su madre, su tía, su padre, su hermano,... todo era denigración, y de pronto dijo: “¡Quizá con mi abuela ha sido distinto! Ella me cuidó 2 años y medio, no recuerdo como fue, era demasiado pequeña” (se tranquiliza y bajó el tono en el que hablaba).

Terapeuta: Parece que fue importante la relación con tu abuela, que te tranquilizó, te cuidó y calmó, “te llenó la tripa de vida”.

Paciente: Quizá por eso vengo yo a la sesión con Vd., no porque me lleve mi cuñada al psiquiatra.

Marzo - Abril 1990 Separación de vacaciones

Consiguí una beca para marcharse a Alemania (Es la oportunidad de verificar cuánto se crece en tratamiento) Me pidió poder llamarme en vacaciones. No lo hizo. Al regreso comenzó la sesión diciendo:

Paciente: "Vd. dirá que soy una puta, me he liado con un tío en Alemania solamente para fastidiar a mi novio de Madrid. Al final me daba pena, estaba más enfermo que yo, porque no admitía ir al psiquiatra (¡qué ojos de loco!, le temblaban las manos, hacía cosas extrañas)...

Terapeuta: Me estás mostrando como has crecido. Puedes reconocer cosas locas en otros: "temblor de manos" pero hay dificultad en reconocer "lo loco" en ti y por eso te llamas puta en lugar de darte cuenta de la necesidad que tienes de que alguien llene tu vacío, ponga límite con sus brazos en tu cuerpo cuando te sientes a estallar.

Paciente: era cierto, me calmaba, yo me sentía angustiada, estaba con él y me calmaba, y yo pensaba que era para "joder" a mi novio. Yo le enseñaba a pensar acerca de él, le decía, ¡busca un psiquiatra...! (Explicó como cuidaba a la pareja los 15 días).

Sabe Dra. era impotente y no me importó estar con un impotente, ¿que curioso si esto me lo dicen hace 1 año, no lo creo!

Terapeuta: Has aprendido que las personas pueden ser útiles unas a otras con sus conocimientos y quizás podamos tener la oportunidad de continuar creciendo en este sentido en el grupo.

Creí que en este momento estaba conseguido el objetivo individual de aumentar su capacidad de entender, y era el momento de integrarla en un grupo terapéutico; si bien nos dimos aún un mes para pensarlos las dos juntas, evaluando

logros de nuestra etapa pasada y problemas que quedaban por resolver.

Después de vacaciones de Semana Santa, pasó al grupo. El cómo ha logrado ser el líder intelectual y la gran flexibilidad que muestra con el grupo año y medio después, creemos que no es objeto de esta exposición, pero sí creemos que a la vez que se integraba en el grupo, tuvimos la oportunidad de elaborar ansiedades de pérdida muy importantes, porque perdíamos una sesión semanal. Este periodo de 1 sesión individual y 1 sesión grupal duró 3 meses y fue especialmente triste para la paciente.

En la actualidad está integrada en el grupo y ante vacaciones, pide venir a hablar conmigo.

Les hemos mostrado nuestro trabajo con Carmen. La hemos ayudado a hacer realidad su sueño de ser filóloga alemana (cursa 2.º año de carrera) y de tener un único novio (año y medio) que la cuida (al cual estoy muy agradecida, ¿quizás algún día pueda ser mamá! no lo sabemos aún).

Carmen hoy comenta: **Te vas de vacaciones me puedo quedar tranquila leyendo hasta que regresas, y yo te quiero y quiero a mi grupo.**