

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LA TRIADA, PADRE-MADRE-HIJO

Víctor Guerra

«Y hay historias secretas que permanecen ocultas en las sombras de la memoria, son como organismos vivos, les salen raíces, tentáculos, se llenan de adherencias y parásitos, y con el tiempo se transforman en materia de pesadillas. A veces para exorcizar los demonios de un recuerdo es necesario contarlos como un cuento».

Isabel Allende. »Cuentos de Eva Luna«

Resumen

En el presente trabajo el autor plantea una serie de reflexiones sobre el campo de las consultas terapéuticas en la primera infancia. Se plantean las mismas como una forma de intervención psicoanalítica, ya que los pilares de la teoría y de la praxis (transferencia, contra-transferencia, lo inconsciente, resistencia, interpretación, etc.) cuentan como herramientas fundamentales, adaptadas a las peculiaridades de este tipo de consultas. Se muestra el estilo de abordaje a través de un caso clínico que se constituyó en una forma de trabajo en dos tiempos diferentes, realizados en un jardín de infantes donde el niño concurría.

Se intenta realizar una serie de reflexiones en torno a la constitución del síntoma en niños pequeños y su articulación en un plano intersubjetivo con la fantasmática parental. Asimismo se plantean en forma resumida otras formas de abordaje clínico de estas consultas y el papel de la interpretación o no de la transferencia realizada sobre el niño de figuras del pasado infantil de los padres.

Summary -

Therapeutic Interventions in the Triad, Father-Mother-Child.

Víctor Guerra

In this piece of work the author raises a series of questions in the field of therapeutic consultation in early childhood. These are proposed as a kind of psychoanalytic intervention, because the theoretical and practical supports (transference, countertransference, unconscious, resistance, interpretation, etc.) are taken as essential tools, adapted to the peculiarities of this kind of consultation.

The style of approach is shown through a clinical case which was set up in two different working moments and that took place in a nursery school to which the child assisted.

The author tries to make a series of reflections about the building up of the symptom in small children and its articulation in an inter-subjective level with the parents' fantasies. A summary is also made on other clinical approaches to these consultations and the role of whether or not to interpret the transference on the child of figures of the parents childhood.

Introducción

El tema que intentaré desarrollar en este trabajo apunta a reflexionar en torno al posicionamiento clínico de un analista en la consulta de niños pequeños y sus padres. En este tipo de consultas –en general caracterizadas por su brevedad- los parámetros analíticos mantienen su plena vigencia, pero se nutren a su vez del aporte de otros marcos teóricos tanto para la comprensión del caso, como para el abordaje del mismo.

Existe desde hace ya algunos años un larga bibliografía sobre este tipo de consultas, la que de alguna forma rinde tributo a la labor señera de D. Winnicott sobre su forma de abordar las “Consultas Terapéuticas”.

Se ha abierto un gran abanico de modalidades de abordaje de los síntomas tempranos en bebés desde corrientes psicoanalíticas, siguiendo lineamientos de diferentes escuelas y en algunos casos creando formas propias de abordaje de la consulta, tal cual lo plantean por ej.: S. Lebovici (1994) y (1995), P. Mazet y S. Stoleru (1990), B. Cramer (1995), J. Manzano y F. Palacio Espasa (2000), B. Golse (2001), D. Marcelli (2001), A. Guedeney (1997), D. Stern (1997), A. Lieberman (1993), A. Watillon (1993), M. Altman y S. Gril (2000), etc.

En muchos casos, ya sea desde el campo centralmente psicoanalítico, como a través de la interrelación con la teoría del apego, se presta mucho hincapié al trabajo de lo transgeneracional, denominado ya sea como mandato transgeneracional (Lebovici 1995), interjuego de proyecciones y contraidentificaciones (Manzano y Palacio Espasa, 1993), “internal working models” desde la teoría del apego (1). Esto implica una modalidad de abordaje que requiere ser muy cuidadoso con el tipo de intervenciones a realizar, dada la particular configuración narcisística que implica la tarea psíquica del cuidado del niño pequeño, donde la sensibilidad en la constitución de las representaciones de sí en tanto padre y madre se encuentran en jaque, como lo señalan muchos autores (Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilkha, N. 1999).

¹ Candidato egresado del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. E-mail: vguerra@internet.com.uy

Es por ello que en este trabajo trataré de abordar a través del trabajo con un caso, algunos de estos aspectos polémicos referentes al posicionamiento clínico del analista. Pero comencemos pensando sobre la “Intervención”. En el diccionario encontraremos que en una posible definición de dicha palabra involucra los sentidos : 1) Tomar parte de un asunto, 2) Interponer alguien su autoridad, 3) Interceder entre quienes pelean.

Haciendo una interpolación con el trabajo clínico podríamos decir que en este tipo de consultas: tomamos parte de un asunto (estando implicados con nuestra contratransferencia); interponemos una autoridad (en el sentido que los padres a través de la transferencia depositan en nosotros la ilusión de un saber); e intercedemos ante la violencia (generada por el desencuentro entre los padres y el bebé a partir de la instauración de un síntoma).

Este tipo de intervenciones psicoanalíticas en general requieren parámetros técnicos que configuran las características específicas de este tipo de consulta y el tipo particular de proceso que se construye.

CONSULTAS TERAPÉUTICAS

Si bien sabemos que este tipo de abordaje conlleva características diferentes a las de un tratamiento a largo plazo, entendemos que existe un substrato en común, que está configurado por aspectos pilares de la teoría psicoanalítica, tales como la existencia del inconciente, de distintos estratos psíquicos, la teoría de la represión y la resistencia, la transferencia y la contratransferencia, etc.

Ahora bien, la corta duración de la terapia hace que el analista debería ser más cuidadoso y selectivo en sus intervenciones, dado el espíritu focal del tratamiento (Cramer, B. y Palacio, F. 1995). Esto, que parece ser una evidencia clínica, sin embargo,

imprevistamente puede tornarse una resistencia del terapeuta por cuanto puede secundarizar excesivamente su pensamiento (control de variables), cuando el objetivo, como lo ha señalado Lebovici (1991), es el contrario, o sea «des-secundarizar» la palabra.

Considero entonces que el esfuerzo mayor de estos tratamientos se ubica en como conciliar este espíritu de controlar y focalizar la intervención, con la necesaria y deseada actitud de estar abierto a lo inesperado, a lo casual e imprevisto de lo inconciente y de cada caso en particular, que termina muchas veces por enfrentarnos con la incerteza y la duda. Considero además que es necesario «vivir» contratransferencialmente junto con los pacientes, algún momento de desubicación, desorientación e impotencia, a la que quedaremos expuestos por los fenómenos de identificación proyectiva que emergen en las sesiones, y que en algunas situaciones pueden ser el camino que marque nuestra interpretación (2).

Cuando consulta una madre y un padre por su infante, generalmente la sensación de caos está presente (Daws, D. 1990; Watillon, A. 1993), y esto debe instalarse en nuestro psiquismo para ser luego metabolizado.

Una de las defensas que podemos poner en juego es refugiarnos en nuestra «experiencia» y pretender encasillar el caso dentro de una técnica firme y clara.

De modo que, por más que uno se nutra con la experiencia, corremos el riesgo de escuchar más a esa experiencia clínica que habla desde nuestro «saber», que a lo azaroso e inesperado que viene desde los consultantes. Algo de lo informulado, de la experiencia inédita que se juega en los padres, debe poder jugarse en uno también. Así por lo menos en el inicio de la consulta partimos todos desde un mismo punto.

Anteriormente me refería al tema Intervención, y al aspecto interior de la misma. Sostenía que la primer intervención es hacia adentro de uno mismo, y el escenario por excelencia es nuestro propio análisis y/o autoanálisis. El necesario cuestionamiento de: ¿qué es lo que uno busca? Hacia adonde apunto básicamente, y a partir de allí, ¿qué procedimientos técnicos se ponen en práctica?

Este procesamiento interno de nuestra posición clínica podría quedar resumido en lo que llamo «encuadre interno».

Al punto donde he llegado y que es a su vez punto de partida de cada caso, es estar abierto para recibir lo que me pueden contar de...

POSICIONAMIENTO SUBJETIVO:

¿Qué me pueden contar de...?

Esta frase condensa mi posicionamiento subjetivo frente a los consultantes. Se nutre sobre todo ante el hecho de que mi actitud básica es la de esperar, recepcionar lo que me puedan contar de su hijo y de ellos mismos en relación a él.

Es claro que esta consigna en algún momento la explicito a los padres, y fundamentalmente lo hago a partir de la segunda consulta.

Esta frase que aparece definiendo mi trabajo (y parte de mi encuadre), tiene encerrada dentro de sí a un conjunto de ideas, de significaciones a construir en el trabajo clínico.

Trataré de dividir la consigna en partes, lo que me servirá como llave para incursionar en algunas cosas que evoca en mi este abordaje clínico.

¿Qué me pueden contar de...?

Globalmente implica la idea de un vínculo, donde explicito una disposición receptiva de sus vivencias. Hay algo entre ellos y yo que se empezará a instaurar. El valor pasa porque ellos construyan una historia, le pongan palabras a vivencias que quizás hasta ahora apenas fueron formuladas.

Pero es central la primacía del «pueden contar»..., como una forma de transmitir un tipo de permiso, de respeto por la intimidad psíquica de ellos como sujetos y padres de ese niño. Hablarán de lo que puedan y hasta adonde puedan. Yo los acompañaré hasta donde ellos me lo permitan, y hasta donde yo pueda.

También uno debe reconocer los límites de ese decir, por cuanto frente a ellos soy un desconocido. Alguien que se va a entrometer en sus sueños, fantasías, deseos. En los

territorios afectivos que a veces los une, y a veces los desune con su hijo.

Esta concepción de la consulta me lleva a tener la postura de ser muy cuidadoso sobre la indagación de aspectos muy personales de los padres, por cuanto entraña sus riesgos. Es cierto que muchos autores hablan de la importancia de poner en palabras aspectos clivados y proyectados en el hijo con miras a una reintroyección y elaboración de los mismos. Y esto sin duda es así. ¿Pero cuándo?... ¿en la primer sesión?... ¿en la segunda?, ¿No es acaso muy rápido? (3)

He conocido casos donde hablar rápidamente de esos aspectos de su vida personal tuvo un efecto de insight sorprendente. Pero he observado -personalmente y en otros colegas- situaciones clínicas en las que la forzada comunicación «de entrada», de vivencias -pasadas o presentes- muy dolorosas enfrente del hijo, como: rechazo o intento de aborto del embarazo, situación de adopción, enfermedades de familiares, separación de la pareja, etc.; lejos de ser un punto a favor para levantar los «secretos familiares» con un fin elaborativo, se transforma en un verdadero «acting» verbal que trae distintas dificultades en la consulta.

Es como si -transferencia mediante- se sintieron forzados a hablar de algo que tal vez permaneció oculto por mucho tiempo, sustentado en mecanismos de negación y desmentida, necesarios para preservar la invasión de la angustia.

Retomo aquí parte de la frase de I. Allende: de las historias secretas que permanecen ocultas en las sombras de la memoria, y que...con el tiempo se transforman en materias de pesadillas», y de síntomas agregaría yo. Pero así como necesitaron de un tiempo para ser pesadilla y síntoma, necesitan de otro tiempo también para ser exorcizadas. Y no es mi labor en el poco tiempo que tenemos en estas consultas forzar el convocar a estos «demonios» en la conciencia, encaramándonos en el lugar del «curador-exorcista». Corremos el riesgo de ejercer una violencia, en vez de lograr un fin elaborativo (4).

CONTAR LOS CUENTOS

Reflexionemos ahora sobre la utilización del verbo CONTAR. Considero que el contar entraña un grado de apertura afectiva, apela a un cuento, a un aspecto más personal y de mayor proximidad psíquica.

En la estructura del contar, alguien habla y otro escucha. Los une una historia que sólo uno sabe. Historia que siempre tiene un grado de creación y subjetividad, pautado por la resonancia íntima propia de (y en) cada sujeto.

El que escucha, en su actitud receptiva, transmite que desea incursionar por los paisajes de ese mundo interior, en el cual está incluido el bebe. Y si bien el destinatario final de mi interés es el hijo, enunció un camino: llegaré al hijo a través del decir de los padres.

Hay entonces, una historia-cuento a desarrollar, y yo los invito a des-enrollarla juntos, y poder apreciar que «cuento» han armado en relación al vínculo entre ellos y su bebe.

Los padres van construyendo diferentes hipótesis o historias sobre el porqué de las actitudes de su hijo. El síntoma del bebe -sea cual fuera- se instala como un cuerpo extraño, una daga que produce una profunda herida en el narcisismo parental. Partiendo de este punto cobra primacía atender al interjuego entre angustia y defensa que se despliega en el escenario terapéutico.

Resulta fundamental pensar donde y como ubican las proyecciones. ¿Hacia qué aspecto de la vida psíquica del hijo? ¿O es que podrán reintroyectar algo de eso inevitablemente proyectado, pensando que hay actitudes de ellos (Secuencia de Interacción Sintomática) (Cramer, B. op.cit.) que determinan -en parte- lo que le sucede a ese hijo? Es este un punto de tránsito deseable, que pasa por el pensar como están involucrados -desde una perspectiva intersubjetiva- en la sintomatología presente.

Mi objetivo no solo es escuchar el discurso verbal de los padres. Sabemos que hay un discurso hecho de silencios, gestos, miradas, contactos o alejamientos corporales. Es un discurso mudo que reside en el cuerpo, donde es todo él la boca que “habla” de sus

padeceres.

Esta comunicación corporal es tan central como la verbal, y uno debe estar muy atento a sus coincidencias y divergencias, y como se adecúa o no a la estimulación que necesita el bebe, en lo que llamábamos en otro trabajo: “encuentro o desencuentro de ritmos y sincronías”, como parte de la “estructura interaccional temprana”. (Díaz Rossello, J. y col. 1991), (Garbarino, M. y col. 1993).

CASO CLINICO

Tomaré como ejemplo de mis reflexiones algunos aspectos de un caso que atendí en el Jardín de Infantes donde intento llevar a cabo esta tarea de consultas terapéuticas (5). Este caso se desarrolló en dos tiempos diferentes. Un primer tiempo cuando ambos padres me consultan por su hijo Fernando cuando tenía 11 meses de edad, y luego un segundo tiempo con otra serie de consultas a los 3 años y 6 meses del hijo. Estas situaciones clínicas me gusta pensarlas como una sola consulta dividida en dos tiempos diferentes, donde el tiempo en este caso fue regulado por los padres.

1er. Serie de Consultas

Fernando concurre algunas horas del día al Jardín Maternal. Los padres saben que si lo desean me pueden consultar ante las dificultades que surjan con su hijo.

A los 11 meses me piden una consulta motivados por sus dudas con respecto al destete y por la aparición de trastornos de sueño.

Concurren ambos padres con el bebe. Fernando es un bebe morocho, sano, de apariencia muy vital, de muy intensa mirada con sus grandes ojos negros.

Comienza hablando la madre, un tanto nerviosa y mirando, como pidiendo autorización al marido.

M: «Yo le estaba dando pecho y se lo saqué, el de la mañana y después el de la noche y le cuesta aceptarlo, además él duerme en el cuarto nuestro y sacarlo va a ser un drama».

Siguen hablando de diferentes cosas y en esta primer sesión se va configurando una imagen de un niño, vital, exigente y dominante. El padre interviene complementando y controlando lo que dice la madre, así como tomando con recelo mis intervenciones. Siento que se va configurando un campo donde la misión materna es aceptar la fuerza y el control de las figuras masculinas de esa familia.

Mientras que el bebe busca con avidez juguetes y estímulos, ellos siguen hablando de las exigencias de este bebe y de que desde hace algún tiempo se despierta varias veces de noche con llantos y gritos. Además en el día le cuesta mucho separarse de la madre y usa el andador para estar al lado de ella.

M: «No se despegaba, además siempre tiene que estar entretenido...es muy activo y además es muy el centro, por el lado del padre es el primer nieto», (el padre sonríe).

Noto que cada vez que el hijo da señales de fuerza y vitalidad el padre esboza una sonrisa de satisfacción, lo que me hace pensar que aquello de lo que se quejan es para él una fuente de gratificación. Además, el padre aparece también controlando mis intervenciones, e incluso frenando alguna pregunta que yo realicé. Si le hablo al bebe, él enseguida complementa lo que digo. Siento que está en juego una resistencia marcada y un esbozo de rivalidad conmigo, por lo que decido que mi intervención consista en esperar a ver que acontece.

Relatan con detalle aspectos de la relación cotidiana con el hijo y va cobrando primacía el uso del andador y el alto nivel de actividad, lo que hace que también tenga trastornos en la conciliación del sueño.

Aprovecho este aspecto para intervenir y señalar como parece que con cierta facilidad el bebe se «acelera», «se pasa de revoluciones» y que no debe ser fácil de manejar.

Los dos asienten interesados y siguen hablando de ello. Retomo el tema de la actividad y trato de correlacionar como a ellos les gratifica mucho verlo activo y decidido, pero que esto se vuelve luego contra ellos porque el bebe busca capturar la atención de los padres a

través del movimiento. Que en ese sentido el andador resulta negativo porque es algo que lo estimula de más y que a ellos también los gratifica que sea el centro, sobre todo para los abuelos.

Me dicen que sí, y que los abuelos que siempre fueron personas más bien frías, están muy expresivos con este bebe. Acude a mi mente la idea de la función de este bebe en relación con los abuelos, donde parecería que los padres quedan entrampados entre la satisfacción de los abuelos y la gratificación de sus deseos infantiles proyectados en su hijo (obtener el contacto afectivo de sus padres que no tuvieron en su época infantil y que encontraría una vía de expresión en este bebe). Me abstengo de hacer un comentario porque me parece que aún no es el momento.

Hablamos más sobre estas cosas y terminamos esa primera sesión.

Segunda sesión

Este segundo encuentro se inicia de una manera sorprendente. Comienza hablando el padre y dice: «Aunque no lo creas, durmió más y está mucho mejor».

A lo que les respondo: «como no!, les creo a ustedes y a Fernando».

El padre me mira sorprendido y sigue hablando, que desde que me consultaron le sacaron el andador y está más tranquilo y juega más sólo.

Seguimos hablando de otras cosas, pero quiero detenerme en este intercambio inicial.

La frase del padre hay que leerla bajo la lupa de la transferencia. El tema de no creer en los cambios puede tener diferentes interpretaciones. Por un lado habla de sus propias resistencias. El no quiere creer que en tan poco tiempo el hijo cambie por venir aquí. Podrían estar en juego aspectos de rivalidad y envidia en la transferencia que en ese momento no interpreté.

Por otro lado habla de sus dudas de sí mismo como padre. Me ubica a mí en el lugar de padre omnipotente que no quiere creer que ellos puedan lograr un cambio con su hijo. Yo me inclino por esta línea y por ello mi intervención apuntó a un reconocimiento de ellos en primer lugar y del hijo en segundo.

El que queda borrado soy yo, y mi intervención. Satisfago su deseo para no promoverlos aspectos resistenciales. Además todo esto me hace pensar que esta persona parecería transmitir un conflicto importante con su figura paterna y con el reconocimiento y valorización como padre. Sin embargo he considerado que no es el momento para buscar abrir esta historia que seguramente debe ser dolorosa.

La madre aparece con reconocimiento y gratitud y habla de que ellos trataron de cambiar en cuanto a no buscar tanto estimularlo fuertemente y que era verdad que les gustaba verlo tan activo y dominante. Asocia con que ella siempre fue y es, una persona insegura, y que no quiere que eso le suceda a su hijo.

Habló de lo que le costaba a ella el destete, que era como perder a su bebe.

Sobre el final de la sesión, cuando me hago a la idea de seguir trabajando algunas sesiones más y les pregunto cuando les parece que nos volvamos a ver, el padre contesta -sorpresivamente para mí- que ellos ahora están bien con el hijo y que si tienen algún problema más adelante me volverán a llamar.

Mi respuesta es aceptar lo planteado por ellos y guardarme para mis adentros la sorpresa y hasta una cierta molestia por sentirme yo, dejado de lado (6).

SEGUNDA SERIE DE CONSULTAS

Más de dos años después, cuando el hijo ya tiene 3 años y 5 meses, vuelven a consultarme porque Fernando se lleva objetos de otros niños del Jardín. Presenta además como síntomas, agresividad y nuevamente trastornos de sueño.

Luego de relatar una serie de hechos de la vida cotidiana con su hijo, se centran en la rebeldía y el oposicionismo de Fernando.

Todo esto genera una circularidad negativa porque el padre se siente agredido por el hijo y lo reprime enojado, lo que lleva a veces a tener problemas en la pareja puesto que la madre defiende al hijo.

Siguen hablando de la dificultad para ser coherentes con los límites y relatan que los síntomas comenzaron hace 2 ó 3 meses, no notando cambios en el entorno. Yo les insisto en que piensen si hubo algún cambio en el vínculo en la familia. Me comentan que la familia se ha ampliado, ya que tienen una hija de 13 meses, que comenzó a ponerse más activa y llamar la atención a partir de los 9 meses, pero no saben si eso incidirá. Comentan además que él nunca manifestó celos, nunca tuvo una reacción negativa, así como tampoco retrocesos en su conducta.

Les digo: «Salvo el tener problemas para dormir y quedarse con juguetes de otros niños. Tal vez, tal vez -porque yo no puedo saber exactamente que pasa por su cabezale haga sentir a otros niños lo que él sentirá con su hermana. Alguien que viene y de golpe le saca algo muy valioso y querido y se queda con la sensación de vacío. Al fin y al cabo él perdió algo valioso como la relación exclusiva con ustedes». Los padres quedan sorprendidos y pensando en ello y pasan a hablar que a veces Fernando habla como un bebe y lo reprimen siguiendo las indicaciones de una Psicóloga amiga.

Retomamos este tema desde el ángulo de un pedido de Fernando de que le den un lugar a su parte de bebe y la necesidad de canalizarlo con ellos.

Al finalizar explicito el encuadre de trabajo, planteando que si bien yo observo a Fernando en la clase del Jardín, en algún momento trabajaré con él a través de entrevistas de juego donde ellos participarían.

El padre me mira un tanto sorprendido y quedamos en vernos en 20 días.

En la **segunda sesión** siguen hablando de las dificultades en la vida cotidiana con el hijo, relatan aspectos del desarrollo y de su relación con los demás, así como las cosas con las que se entretiene.

Comentan también que ya no lo reprimen cuando habla como un bebe y que tratan de darle más mimos y atención.

En la **tercer sesión** comienzan hablando de que mejora el trastorno de sueño, y que no se ha llevado más juguetes de los compañeros. Sale el tema de que es siempre el padre el que pone un freno a las actitudes del hijo. Para la madre parece ser casi imposible. Ella pasa a hablar de la relación con sus padres y de como ella desde chica debió someterse a la autoridad excesiva de su padre.

Yo le señalo como esa situación se reitera en el presente, en la figura de su hijo que ahora ocupa el lugar que ocupaba su padre. Es él el que manda y ella la que obedece. La madre escucha pero duda un poco de la validez de mi comentario, aunque reconoce que hay alguna cosa en común. Luego sigue hablando de que aún en el presente es una persona temerosa que si tiene que dormir sola en la casa, no se anima a hacerlo. Le digo que entonces es como que le puede resultar difícil aceptar que su hijo duerma solo en el cuarto, pues teme que él sufra los mismos temores que ella. Esto lo acepta sin dudas y sigue hablando al respecto. (7) En ese momento yo sentía que había un clima de confianza y apertura especial, que las resistencias parecían quedar de lado, y el trabajo de elaboración tomaba buen rumbo.

Siguen hablando de aspectos de la vida diaria y les pregunto a que cosas juega el hijo y si ellos lo hacen con él. Pasa el padre a hablar en primera persona y dice que él casi no juega con su hijo.

Yo hablo de la importancia del juego para el niño y como, teniendo un espacio donde Fernando puede dominar las acciones y los personajes, podría tal vez aceptar que en la realidad sean los adultos quienes le marquen límites.

Eso parece impactar de sobremanera al padre quien dice que él se compara con unos amigos que si pueden hacerlo con sus hijos, y que eso lo hace sentirse muy mal. Incluso llega a decir que le produce envidia no contar con esa cualidad. En ese momento se angustia y se pone a llorar diciendo que le pone mal no darle lo suficiente al hijo.

Le señalo que no creo que esto sea así, ya que está aquí esforzándose por ayudar a Fernando.

El habla de la relación con su padre, y de la dureza del trato, que además era impensable que su padre hubiera jugado alguna vez con él.

Entonces, le digo que él está haciendo un enorme esfuerzo porque tiene que inventar algo que no vivió, o sea la experiencia de un acercamiento padre-hijo que no sea rígido. Intuyo que él necesita que ponga en palabras su vivencia de fracaso y que en parte me ubique en el lugar de un padre que lo habilite, y que no lo siga castrando. Me pregunta -muy emocionado, llorando- si esto también le pasa a otros padres. Le digo que si, que nadie está libre de sentir que falla como padre, pero que él me está preguntando como hacer para tener una experiencia diferente de la que él vivió. El lo acepta y le señalo que tal vez sin darse cuenta esto le pueda ir surgiendo por sí mismo, y que hemos hablado de cosas muy importantes. Planteo de seguir conversando y que si bien yo les había planteado de tener una entrevista de juego con Fernando, ahora pienso que no es necesario, que ellos me han aportado muchos elementos que me permiten entender la situación y que seguiremos trabajando así.

Ellos plantean volver a vernos en 2 meses.

La decisión de no trabajar con el niño, la tomé con la esperanza de que resultaría más útil que yo diera un paso al costado y que sea el padre el que se acerque a inaugurar un espacio lúdico con su hijo. En este aspecto pensaba cuando le señalé que, “nadie está libre de sentir que falla como padre..”. En esta frase me involucro indirectamente, y de esa forma apunto a un aspecto de habilitación, tratando de no alimentar la envidia que él mismo comentó.

Cuando vuelven los padres en la **cuarta sesión**, parecen muy contentos. Comentan que su hijo duerme mucho mejor, y que no saben definir porqué se dio el cambio. Además observan que está más ordenado y menos caótico con sus juguetes en su cuarto. Sin embargo la madre dice: «lo que si cambió es que yo juego más con él. Se le ocurrió jugar a ser vendedor; imita al padre en su trabajo, y quiere hacer lo mismo que él». P: «Es por imitación, él me pedía que jugara con él, me decía: porqué no jugás conmigo...¿qué te crees que soy un mono? .Y me hizo reír y fuimos a jugar a la pelota y con unos autitos».

En mi intervención les comento como parece que Fernando necesitaba mucho el acercamiento con el padre y esto del juego tiene mucha importancia como forma de identificación, aprende a «entrar» en el mundo de los adultos pero a través del juego, que es el camino que a él le gusta. Rescato especialmente la actitud de acercamiento padre-hijo. Esta escena relatada por los padres con ternura, me emocionó a mi tanto como a ellos. Por el recurso del niño y por el impacto que causó en el padre. ¿Sería que en este niño la posibilidad de jugar, simbolizar y tramitar lúdicamente la experiencia de acercamiento con su padre, lo definiría como hijo en relación con un padre?

La pregunta enuncia la interrogante de ¿qué es él para el padre, que desea el padre de él? Tal vez el captaría una cierta ajenidad, una distancia (más allá de que jugara o no) que expresa con la idea de ser un mono. ¿Parece que en este momento del desarrollo la «humanización» se entrama a partir del acontecimiento simbólico del juego identificatorio con el padre?

Deseo aclarar que si bien en este caso (y en otros) el niño no está presente, tomo los juegos que me relatan los padres así como algunos comentarios significativos (como este), y me tomo la libertad de interpretarlos como si el niño estuviera presente. Con esto trato de brindar otros elementos para cambiar la imagen que tienen los padres de su hijo, y recrear junto a ellos la trama simbólica que pareció quebrarse con la instauración del síntoma. Además es un intento de conformar con y en los padres un área transicional (Winnicott 1971) desde donde poder interactuar con el hijo y cambiar la significación de las actitudes de ambos (8).

Volviendo al material clínico, los padres siguen hablando de otras cosas, hace poco comenzó a manifestar celos con la hermana y lo toman como algo normal. No me extenderé en este y otros temas por motivos de espacio, pero ellos hacen hincapié en la mejoría del hijo, y en que el padre ha cambiado estando menos rígido. A los 3 meses vuelvo a verlos y me confirman la estabilidad de los cambios en ellos, agradeciéndome el trabajo que hicimos juntos.

REFLEXIONES FINALES

Para finalizar quiero retomar un punto del caso que les he presentado. Como traté de mostrar a través del caso, este tipo de trabajo implica un acompañamiento paso a paso de las ansiedades que despiertan en los padres el ir construyendo su sentido de parentalidad (9). Tal cual lo señalan también E. y O. Ortigués (1985) hay que estar abierto a que parte del encuadre lo determinen los padres de acuerdo a su temporalidad en interjuego con sus resistencias. Resistencias que a veces no son objeto de interpretación ya que puede implicar que quede el analista ubicado en un plano superyoico en la transferencia. Por lo tanto el manejo del tiempo y de una (in)cierta flexibilidad en el encuadre se tornan capitales en aras de conseguir la necesaria confiabilidad de una “alianza de trabajo” que permita que ellos puedan enunciar algunos aspectos de su deseo en torno de su criatura (10). Y desde el lado del analista, como lo señala A. Guedeney (1998) cobra importancia -más allá de lo breve del trabajo- la posibilidad de esperar, “soportar el caos, lo informe, antes de intervenir”. Otro punto de relevancia en el aspecto técnico -dada la poca cantidad de sesiones de trabajo- es como, cuando y hasta donde, incluir en el trabajo clínico algunos aspectos más reprimidos en los padres, como el trabajo en torno a las identificaciones de su hijo con figuras significativas de su pasado.

En este caso no lo he hecho desde el principio porque mi experiencia me muestra que no siempre esto debe ser así. En algunos casos las entrevistas y el hablar de su pasado fluye ágilmente como una corriente rápida y fértil. Pero en muchos otros casos, me he encontrado con serias resistencias, y con la necesidad de los padres de preservar sus vivencias afectivas (sobre su pasado infantil por ej.) como preciados objetos que no desean o no pueden sacar a luz en el corto tiempo del tratamiento. Por casos como este donde tuve que esperar casi 3 años a que el padre pudiera hablar emocionado de su sentimiento de fracaso como padre, es que no me apuro a buscar el pasado e interpretarlo (11). Creo además, que resulta positivo quedar con la sensación de que los padres no hablaron todo lo que hubiéramos esperado de sí mismos y de su pasado. Cabe pensar y aceptar que en estas situaciones, las resistencias operan de una forma particular. Hay una necesidad de preservar algo de su privacidad, de mantener una zona de «intimidad psíquica».

Coincido con los planteos de Cramer y Palacio Espasa cuando hablan del psiquismo del post parto (hasta los 2 años y más) como una neoformación que posibilita cambios inesperados y aperturas al trabajo terapéutico. Esta es sin duda la cara positiva. Pero no hay que olvidar otro aspecto.

Los padres en esa verdadera «revolución afectiva» que es inaugurar la función parental, necesitan preservar paso a paso a su hijo como su «creación». Y vienen pidiendo ayuda, pero también a la vez frenándola, por cuanto desean recuperar la certeza de que fundamentalmente son ellos (no nosotros) quienes conocen a su hijo. Por eso aún cuando abran rápidamente las puertas de su mundo interior, desean rápidamente cerrarla para recuperar su propiedad.

Esto probablemente tenga que ver con aspectos narcisistas y de correlación entre las representaciones de sí y el yo ideal, ya que el bebe o el hijo pequeño sigue siendo un «proyecto psíquico» de los padres con un pie (inconciente) en su pasado infantil, pero con la mirada (conciente) hacia el futuro (12).

Debemos facilitar un tránsito menos doloroso desde el pasado hacia el futuro, pero dando el tiempo necesario, pasando primero por el presente. Escuchando prioritariamente sus preocupaciones actuales sobre su hijo, y la posibilidad de retomar el «lugar de padre y madre» que creyeron perder cuando nos consultaron. En este sentido es que pienso que el síntoma del hijo los “desaloja” de su lugar como padres, y en parte vienen a la consulta buscando recuperar ese “saber” perdido.

Para mí un indicio importante de cambio es cuando los padres por ej. dicen: «Veníamos para que nos orientaras por nuestras dudas y terminamos hablando de nosotros mismos, y con las cosas que vimos aquí contigo creemos que podemos seguir adelante nosotros solos con nuestro hijo».

Es que mi objetivo no es solo que los padres reintroyecten lo que proyectaron en el hijo pudiendo percibirlo en un plano diferente, atravesados de alguna forma por la alteridad

(13), sino también que puedan sentir que retomaron su «lugar de saber» en relación al hijo, y que nuestra intervención ayudó a recobrar dicha función.

Es más, desde un punto de vista winnicottiano creo que la función nuestra es ofrecer un marco facilitador que posibilite el desenvolvimiento de la parentalidad, encontrando ellos, en su vida, el camino para seguir acompañando y descubriendo a ese hijo. Al fin y al cabo en este tipo de tratamientos –aún siendo un proceso diferente a un análisis- sigue teniendo plena vigencia la sensible voz de D. Winnicott (1971) cuando nos decía: «Todos abrigamos la esperanza de que nuestros pacientes terminen con nosotros y nos olviden, y de que descubran que el vivir mismo es la terapia que tiene sentido».

Notas

(1) *La posible articulación entre teoría del apego y psicoanálisis (sexualidad infantil) es un punto actual de polémica, que es recogida en el libro “Attachement et sexualité infantile” (2001) a través por ej. de los diferentes puntos de vista esbozados por D. Widlocher y P. Fonagy.*

(2) *Lebovici (1994) y (1998) lo ha denominado como “enactement o enaction” y lo diferencia del pasaje al acto señalando que implica una vivencia interna que define una acción súbita durante la consulta terapéutica. “Me parece que he encontrado en este término una referencia útil para sostener los “momentos sagrados” que marcan las intervenciones paradójicas y por lo tanto eficaces”. Lebovici (2000) sostiene la “paternidad” del concepto, que fuera luego motivo de un número especial de la Revista Internacional de Psicoanálisis consagrada al tema en 1995. Este autor postula que: “la enaction empática constituye un instrumento esencial de la consulta terapéutica y es la que le da un poder metaforizante”.*

(3) *Dado lo limitado del tiempo de trabajo, el tema señalado pasa a ser, a veces, un tema central que de acuerdo a como lo manejemos puede condicionar la prosecución del trabajo con los padres.*

(4) *Considero importante aclarar que esto sería diferente si me planteara realizar un trabajo terapéutico a largo plazo con el niño y sus padres, ya que justamente estas reflexiones técnicas refieren a la especificidad del trabajo en consulta terapéutica, a diferencia de una psicoterapia o psicoanálisis.*

(5) *Trabajo realizado en el Jardín de Infantes “Maternalito”, en coordinación con la A. Social y Directora Sara López, la A. Social y Directora Ana Cardozo, la Psicóloga Cecilia Rodríguez y la Maestra y Coordinadora Pedagógica Silvana Agnese. En lo que refiere a mi consulta, los padres de los niños que concurren al Jardín tienen la posibilidad de consultarme por el motivo que sea, sin número prefijado de sesiones.*

(6) *Ortigués (1985), señala en su libro situaciones similares en relación al respeto por el tiempo que necesitan los padres para establecer un encuadre de trabajo, y sobre el impacto de ello en el analista.*

(7) *Parecería que en este momento para la madre es más tolerable pensar la interacción fantaseada con su hijo desde la perspectiva de la proyección en Fernando de sus propios aspectos de niña temerosa y desvalida. La identificación del hijo con la figura de su padre parece estar más lejos de la conciencia y genera más resistencias, por lo que lo dejo - parcialmente- de lado como punto de trabajo.*

(8) *Distintos autores han señalado la importancia de tratar de recrear en la sesión y en relación a la interacción padres-bebe un área transicional, sobre todo en situaciones de pacientes con dificultades en los procesos de estructuración y fallas en la simbolización (Bauduin, A. 1975) y Muratori, F. y col. (1999).*

(9) *B. Cramer (1974) citando a T. Benedeck señala que en muchas ocasiones hay una coincidencia muy clara entre síntomas del hijo pequeño y dificultades marcadas de algunos de los padres en la misma etapa evolutiva. Esto nos hace pensar en lo personal, si en muchos casos el síntoma del niño no sería una suerte de neurosis “a deux”, lo que determina que a veces al señalar algo de lo que le pasa al pequeño en relación al síntoma lo hablamos en tercera persona, sin un destinatario fijo, ya que englobamos tanto al niño como por ej. a la madre o más bien a la niña que la madre fue que continúa su reclamo a través el hijo. Sería una forma de “re-petición” (volver a pedir) a través del síntoma del*

hijo.

(10) *Criatura-creatura ya que el sentido de creación del hijo, como objeto fantaseado de pertenencia parental es parte muy importante de la dinámica vincular.*

(11) *Como señala Berger, M. (1986) la psicopatología precoz se organizaría siguiendo dos lineamientos: a) la línea de “había una vez una historia” que reenvía a una causalidad estructural, histórica, remontando al menos a tres generaciones (el peso de lo transgeneracional), y b) la línea de “había una vez un bebe”, que reenvía a las características y al sentido del cuerpo a cuerpo padres-bebe y de las primeras interacciones (reales y fantaseadas).*

Las dos líneas coexisten siempre y los dos tipos de reconstrucción serían parte del trabajo terapéutico, pero teniendo cuidado en percibir cual de las dos es la predominante y cual es en ese momento, más asequible de ser objeto de trabajo psíquico en los padres (en relación al tipo de angustia, las defensas y la transferencia en juego).

(12) *En este sentido cobran total validez los planteos freudianos de 1914 en torno a “His majesty the baby”.*

(13) *Entendida en este caso como la posibilidad de investir al hijo como sujeto diferenciado de ellos con deseos y anhelos que le son propios.*

Bibliografía

ALTMAN, M. y GRIL, S. (2000). “Investigación del proceso terapéutico en intervención temprana”. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 91.

BAUDIN, A. (1975). “Espace d’illusion et status de l’objet chez l’enfant pre psychotique”. Psychiatrie de l’enfant, N° XVIII, 1.

BERGER, M. (1986). “Entretiens familiaux et champ transitionnel”. PUF, citado por Guedeney, A. (1998).

CARDOZO, A., GUERRA, V., LÓPEZ, S. (1994). «Comenzando los vínculos: los padres, el bebe y el Jardín Maternal». Ed. Roca Viva.

CRAMER, B. (1974). “Interventions thérapeutiques breves parents-enfant”. Psychiatrie de l’enfant

CRAMER, B. y PALACIO ESPASA, F. (1995). «Técnicas psicoterápicas mae-bebe». Ed. Artes Médicas.

DAWS, D. (1990) «Terapia breve padres-hijo en trastornos de sueño».

DIAZ ROSSELLO, J., GUERRA, V., STRAUCH, M., RODRÍGUEZ, C. y

BERNARDI, R. (1991). «La madre y su bebe: primeras interacciones». Ed. Roca Viva.

DICCIONARIO de la Real Academia Española (2 tomos).

FREUD, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. T. XIV. Ed. Amorrortu.

GARBARINO, M. y col. (1993). «Interacción temprana. Terapia madre-bebe de los trastornos de sueño». Ed. Roca Viva.

GOLSE, B. (2001) “Du corps a la pensée”. Ed. PUF.

GUEDENEY, A. y LEOVICI, S. (1997). “Intervencoes psicoterápicas pais-bebes”. Ed. Artes Médicas.

GUEDENEY, A. (1998). “Les grands-parents, l’attachement et les relations d’objet”, en “Transmettre la vie”. Ed. Érés.

LEBOVICI, S. (1991). “El bebe, la madre y el psicoanalista». Ed. Amorrortu.

————— (1994) “Empathie et “enactement” dans le travail de contre-transfert”, en Revue Francaise de Psychanalyse, T. LVIII. Ed. PUF

————— (1995). “Psychopatologie du bebe”. Ed. PUF.

————— (1998). “Lettre ouverte a Robert Emde et réponse a ses questions concernant l’empathie”, en Braconnier, A. y Sipos, J: “Le bébé et les interactions précoces”. Monographies de Psychopathologie. Ed. PUF.

————— (2000). “La consultation thérapeutique et les interventions métaphoriques”, en Maury, M. y Lamour, M. (2000) “Alliances autour du bébé: de la recherche á la clinique”. Ed. PUF.

LIEBERMAN, A. (1993). “Curso de psicoterapia madre-bebe”, en el primer encuentro

- internacional de psiquiatría del lactante, niños y adolescentes”.
- MANZANO, J, y PALACIO ESPASA, J. (1993). “Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía”. Ed. Paidós.
- MANZANO, J., PALACIO ESPASA, F., y ZILKHA, N. (1999). «Les scénarios narcissiques de la parentalité: clinique de la consultation thérapeutique”. Ed. PUF.
- MAZET, P. y STOLERÚ, S. (1990) “Psicopatología de la primera infancia”. Ed. Masson
- MARCELLI, D. (2001) “La surprise: chatouille de l’ame”. Ed. Albin Michel.
- MURATORI, F., MAESTRO, S., ROMAGNOLI, G., PALACIO ESPASA, F. (1999). “Le traitement de la relation mere-enfant dans les troubles du development”. *Psychiatrie de l’enfant*, XLII, 2.
- ORTIGUÉS, E. y O. (1985). “Como se decide la psicoterapia de un niño”. Ed. Gedisa.
- STERN, D. (1997). “A constelacao da maternidade”. Ed. Artes Médicas.
- WATILLONA. (1993). «La dinámica de las terapias psicoanalíticas de las relaciones paterno-filiales tempranas». *Libro Anual de Psicoanálisis*.
- WIDLOCHER, D., FONAGY, P., LAPLANCHE, J. y otros (2000). “Sexualité infantile et attachement”. Ed. PUF.
- WINNICOTT, D. (1971). «Realidad y juego». Ed. Gedisa.