

CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD Y SU CONTRIBUCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO PEQUEÑO: SIGNOS PRECOCES Y POSIBLE INTERVENCIÓN¹

Francisco Palacio Espasa

Parentalidad y “duelo” del desarrollo

Llegar a ser padres representa para los jóvenes adultos toda una serie de cambios psíquicos en su mundo interno bajo la presión de lo que hemos llamado “el duelo del desarrollo” (Manzano y Palacio Espasa, 1993) al que deben enfrentarse. Este duelo comporta esencialmente dos tareas:

- a) renunciar al lugar del niño ocupado hasta entonces junto a sus propios padres e
- b) identificarse a éstos con el fin de funcionar como padre.

En efecto, el joven adulto, algunas veces incluso si se trata de un/una adolescente, en cuanto nace su hijo debe cederle el lugar del niño que el o ella ocupaban antes junto a sus padres. ¿Qué va a hacer con sus deseos y necesidades infantiles? Una parte de éstas se delegarán en su hijo, depositadas, incluso evacuadas sobre él a través de mecanismos de identificación proyectiva muy diversos. En el contexto de las interacciones padres-hijos, las identificaciones proyectivas de los padres no son necesariamente patológicas, sino que por el contrario son muy a menudo normales, estructurantes y al servicio de la empatía con las necesidades del recién nacido. De hecho, estos mecanismos psíquicos contribuyen al desarrollo y a los procesos de organización psíquica del niño. Sin embargo, el hecho de abandonar el lugar del niño va a reforzar las vivencias de pérdida y de abandono por parte de sus propios padres, sentimientos que van a empezar a manifestarse de manera más evidente a partir de la adolescencia donde, con la pubertad y con el recrudescimiento del tabú del incesto, debuta el proceso de exogamia y de independencia respecto a sus padres.

¹ Este trabajo corresponde al capítulo 4 del libro “Los niveles del conflicto depresivo. Articulación entre la parte neurótica y psicótica de la personalidad”. Autor: Francisco Palacio Espasa; edita: Infancia y desarrollo.

Las identificaciones parentales

La presencia del niño entraña también una fuerte movilización preconsciente de las identificaciones con sus propios padres dada la necesidad de funcionar como padre. Este complemento identificatorio preconsciente parental juega un papel fundamental en las transformaciones del conjunto del proceso de identificación de los padres. Éste se inicia ya en el bebé de manera inconsciente, mediante la identificación con la madre “contigente” y cuidadora (algunas veces también con la madre rechazante). Los hitos fundamentales de este proceso de identificación son por un lado la resolución y el ocaso del Complejo de Edipo, y por otro las transformaciones identificatorias sexuales que tienen lugar en la pubertad y en la adolescencia.

Las identificaciones post-edípicas en la edad de latencia organizan la estructura intrapsíquica, así como la identidad en tanto que sujeto e individuo, mientras que las de la adolescencia consolidan sobre todo los aspectos sexuales de ésta. En esta época surge de forma clara el trabajo preconsciente de identificación con la “función parental” de los propios padres. Esto contribuye a la enorme diferencia que encontraremos, según la edad del niño, en las respuestas a la pregunta: “¿cómo serás como padre?”. En la edad de latencia, la respuesta es convencional y muy a menudo acorde con la imagen de los propios padres. En la adolescencia, muy frecuentemente, el joven comienza por la negativa: “En ningún caso, seré una madre tan poco disponible como la mía, tan a menudo ausente; o un padre tan severo como mi padre, ni tan exigente”, etc.

Parentalidad y depresividad

Este trabajo identificatorio preconsciente que debuta en la adolescencia se refuerza en extremo con la llegada del niño. Se traduce en un proceso identificatorio más inconsciente con los propios padres, que abandonan y que por lo tanto provocan agresividad hacia ellos mismos. Los reproches y reivindicaciones hacia los padres durante la infancia y la adolescencia se vuelven entonces contra el sujeto que se ve

obligado a identificarse con ellos. Esto contribuye “a la depresividad” intrínseca a la parentalidad (entre el 10% y el 13% de partos dan lugar a una depresión posparto clínica y prácticamente todos se acompañan de “baby-blues”). A esto se añaden los “ideales parentales” más o menos exigentes y difícilmente alcanzables que el joven ha construido y que hacen la tarea de la paternidad más deprimente aún. Los padres no se ven excluidos, pero éstos presentan defensas hipomaníacas y de carácter.

El “duelo del desarrollo” propio de la parentalidad comporta de hecho un potencial depresógeno, ya que la separación de los padres en la adolescencia y al principio de la edad adulta se hace a menudo dentro de un clima de reivindicación y ambivalencia. La conflictividad parental va a depender de la elaboración de los diferentes duelos del pasado infantil a los que los padres deben hacer frente y que, esquemáticamente, son de dos órdenes:

- a) duelo por un objeto realmente perdido (en general un padre o una persona significativa de la familia),
- b) duelo por un objeto fantasmático, es decir la dificultad para renunciar a las imágenes ideales de los propios padres (idealmente afectuosos, presentes, disponibles, tolerantes, indulgentes, etc)

El destino de los duelos de los padres

Frecuentemente encontramos este tipo de duelo en la clínica psicoterapéutica. Es el producto de las construcciones identificatorias preconscientes que cimientan los ideales paternos del padre principiante. Cuando estos duelos del desarrollo están bien elaborados, la parentalidad se convierte en una fase del desarrollo del ser humano. Permite una reedición “corregida y aumentada” de las relaciones paterno-filiales conflictivas, o fallidas, durante el propio pasado infantil de los padres. En este sentido, facilita el acceso a la madurez en las relaciones humanas. Cuando los sentimientos de pérdida que los padres han abrigado en el pasado son difícilmente reconocibles y, es más, cuando estos padres no consiguen aceptar que estas experiencias infantiles no son renovables y por lo tanto irrecuperables, comprometen inconscientemente a sus hijos en sus procesos de identificación fantasmática con lo ineludible. Se dicen:

“Este niño va a poder ser o vivir...; o no nunca será o bien, jamás vivirá...”; toda una serie de experiencias infantiles idealmente deseables o idealmente indeseables para el narcisismo infantil de un padre que rehúsa renunciar a ello. A propósito de esto, Freud (1914c) decía en una de sus raras alusiones al tema de la parentalidad, que los padres hacen depositarios a sus hijos de su propio narcisismo infantil al que han debido renunciar dolorosamente. Construyen todo un abanico de lo que hemos calificado como “escenarios narcisistas de la parentalidad” (Manzano, Palacio Espasa y Zilkha, 1999) en estrecha relación defensiva con los duelos y renunciaciones de su pasado que les cuesta aceptar. Estos escenarios narcisistas resultan de un cierto número de “conflictos parentales” (Cramer y Palacio Espasa, 1993) de diversa severidad. Las repercusiones de toda esta problemática parental sobre los procesos de organización o desorganización psíquica del niño pueden ser muy diferentes.

Los diferentes tipos de conflictos de la parentalidad

En la clínica psicoterapéutica con padres y niños, los dos componentes fundamentales del “duelo del desarrollo” van a encontrarse en lo que llamaremos los diferentes conflictos de parentalidad: normal, neurótico, masoquista-carateropático, narcisista-disociado. Hay que precisar que esta clasificación es muy esquemática y que de hecho, en la práctica, nunca encontramos en estado puro una u otra forma de conflictividad, sino una mezcla, o lo que vemos más fácilmente, una alternancia. Así por ejemplo, un padre puede ser normal para un bebé y tener una parentalidad neurótica frente a un niño en edad edípica, o aún más funcionar de manera masoquista o narcisista como padre de un adolescente, de manera que las descripciones que siguen deben ser entendidas como reseñas esquemáticas de cara a la complejidad de la clínica psicoterapéutica de la parentalidad.

1. Los conflictos de la parentalidad normal.

Empleamos el término paradójico de conflicto de la parentalidad normal cuando:

- a) las identificaciones proyectivas que los padres hacen sobre sus hijos son “externalizantes” (Grotstein, 1981), es decir que no son rígidamente unidireccionales, sino de ida y vuelta facilitando la empatía con el niño. Estas identificaciones proyectivas transmiten la imagen del sí-mismo niño que se ha sentido amado por sus propios padres y/o la imagen de estos padres o de otras personas significativas de la familia.
- b) se identifica de forma complementaria con la imagen de padres cariñosos, aunque capaces de firmeza hacia ellos y/o hacia el niño que ha amado a sus propios padres aunque haya sentido agresividad hacia ellos.

Las imágenes transmitidas por estas identificaciones proyectivas “empáticas” se disipan para dejar surgir el reconocimiento de las características reales de los niños gracias a la buena elaboración que hacen sus padres de los duelos de su pasado.

Tales identificaciones proyectivas “externalizantes”, al servicio de la empatía, son susceptibles de ser puestas en evidencia los primeros días de la vida del niño. Si nos encontramos en un servicio de maternidad y preguntamos a las madres que acaban de dar a luz a quien se parece su bebé, contestarán frecuentemente: “Tiene los ojos y la cara de su padre, las manos como las mías, los cabellos de mi marido”, etc. Sin embargo, cuando volvemos días más tarde para plantear la misma pregunta, nos dirán: “Se parece a mi padre, pero tiene la particularidad de que sólo acepta comer si...” o bien: “A pesar de ese parecido con mi hermano, se muestra cada vez más él mismo en esto o en aquello”. Todo parece ocurrir como si estas imágenes, positivas y cargadas libidinalmente, de personas significativas para los padres o de sí mismos en tanto que niños, hubieran sido proyectadas de antemano sobre el recién nacido, haciéndolo heredero y por lo tanto depositario del capital libidinal de su pasado. Las cargas libidinales transmitidas mediante estas imágenes permiten a los padres el reconocimiento de las características propias del niño. Con el paso del tiempo, los aspectos más particulares y originales resultado del temperamento de éste emergen, mientras que las imágenes del pasado de los padres se difuminan para quedar en un segundo plano. De hecho, estas identificaciones proyectivas son muy organizadoras, lo que

facilita el desarrollo psíquico del niño, a menos que las particularidades de éste sean obstáculo a tal movimiento estructurante mediante respuestas negativas o generando la confusión en los padres.

2. Los conflictos de la parentalidad neuróticos.

Los conflictos de la parentalidad neuróticos surgen cuando el niño es “utilizado” (de manera inconsciente) en el proceso de negación de ciertos aspectos de los duelos de los padres.

- a) En ese sentido, las identificaciones proyectivas son “externalizantes” y “empáticas” (de ida y vuelta), pero más “apremiantes”, es decir fuerzan inconscientemente al niño a identificarse con las imágenes proyectadas sobre él con el fin de anular los afectos dolorosos de los duelos paternos mal elaborados (por ejemplo cuando el niño es percibido como un ser tan colérico como un pariente perdido o bien si se transforma en el objeto de solicitud de “el niño idealmente mimado” que los padres hubieran querido ser).
- b) Las identificaciones complementarias se hacen con imágenes parentales más o menos idealizadas con el fin de interactuar con aquellas proyectadas sobre el niño y de igual naturaleza.

Del grado de idealización de tales imágenes (narcisismo parental “antidepresivo” delegado en el niño) dependerá la intensidad de los conflictos en las interacciones padres-niño. La severidad de los síntomas funcionales en los bebés y de los síntomas de tipo neurótico en los niños y adolescentes, está a menudo en relación con las idealizaciones parentales.

Viñeta 1.

Roberto tiene 18 meses cuando sus padres vienen a la consulta debido a su agresividad y violencia. Pega a los otros niños en la guardería, ataca algunas veces a sus madres, etc. En la primera consulta, amenaza a sus padres con un bastón y, más tarde lanza una patada al terapeuta. En la discusión relativa al pasado de los padres, aprendemos que Roberto es a los ojos de su madre “el retrato” de su padre, cuya presencia faltó durante su infancia, “a pesar de que era un hombre violento que vociferaba muy fuerte”. La

elaboración psicoterapéutica en tres sesiones de la identificación proyectiva materna sobre Roberto con la imagen del abuelo violento permitió la desaparición de su violenta agresividad.

Parentalidad neurótica y “neurogénesis”

La necesidad de mantener ciertos intercambios idealizados con el niño es fuente de conflictos para los padres que se encuentran deprimidos, no les parece estar a la altura de sus demasiado exigentes ideales paternos, pero también para el niño, ya que refuerza en él una omnipotencia que, alrededor de la problemática edípica, se vuelve fácilmente “neurótgena”.

Evidentemente, es muy atrevido esquematizar y dar respuestas simplistas al problema tan complejo y sobredeterminado de la psicogénesis o de la psicopatogénesis. No obstante, cuando decimos que tales conflictos de la parentalidad tendrían tendencia a generar problemas de naturaleza más bien neurótica que problemas más severos, queremos destacar el hecho de que las identificaciones proyectivas que estos padres realizan sobre sus hijos transmiten una carga libidinal muy fuerte. Tales proyecciones se vuelven conflictivas para el niño en la medida que comportan una presión idealizante derivada del narcisismo infantil paterno delegado en el niño que requieren enérgicamente que éste las adopte. Llegar a ser el objeto idealizado de un padre, y convertirse en el niño ideal de éste, constituye tal ganancia narcisista para el niño, que éste tiene tendencia a aceptar la exigencia proyectiva del padre.

Habida cuenta de los conflictos y síntomas vividos por el niño, fruto de las interacciones padre-hijo resultantes de las identificaciones proyectivas “apremiantes”, el precio que debe pagar el niño puede parecer muy elevado para el psicoterapeuta que observa. Sin embargo, es fácilmente comprensible que el niño “no tenga más remedio que dejarse atrapar” dada la dependencia hacia sus padres y la necesidad que tiene de aferrarse al fuerte lazo libidinal idealizante que le proponen, aunque esto sea también muy “alienante”. Tal vez haya que precisar que consideramos a priori esas presiones idealizantes como origen de conflictos neuróticos y por lo tanto como obstáculos en la elaboración de los problemas edípicos, más bien que a la base de___ trastornos narcisistas más severos. Esto es debido al hecho de que las

identificaciones proyectivas transmitidas sólo afectan a ciertos aspectos bien delimitados y “focalizados” (propio del funcionamiento neurótico) de la imagen del niño y no al conjunto de la visión que los padres se hacen de él, como lo veremos a continuación con los conflictos de la parentalidad de naturaleza narcisista.

Una vez más, las características particulares de cada niño y las circunstancias históricas específicas que le rodean van a hacer que algunos de ellos abracen más rápidamente las necesidades inconscientes neuróticas de los padres para construir sus propios ideales, mientras que otros se van a rebelar de forma encarnizada contra las exigencias paternas.

En los conflictos parentales neuróticos se encuentran a menudo casos cuya indicación sería la psicoterapia breve padres-niños. La interpretación a los padres de las imágenes que proyectan sobre su hijo, así como la evidencia de las imágenes paternas idealizadas que se esfuerzan en asumir, permiten a menudo cambios psíquicos e interactivos rápidos. Las interpretaciones provocan la reavivación de afectos dolorosos y por tanto la reanudación del proceso de duelo de los padres que renuncian a las identificaciones proyectivas “apremiantes” sobre el niño. Esta “desparasitación” de la visión que tiene el padre del niño desconflictualiza las interacciones y permite la desaparición de los síntomas en el niño.

3. Los conflictos de la parentalidad masoquistas

En los conflictos de la parentalidad masoquistas (caracteropáticos), los duelos son más problemáticos y por lo tanto a menudo cargados de culpa. Dos modalidades se le presentan generalmente al clínico que practica psicoterapia con padres y niños. Tienen un grado de conflictividad creciente. En el primer caso, los padres han tenido a su vez padres que presentaban tendencias depresivas, y se quejaban de los hijos. Estos padres se les aparecen como “víctimas” del niño que fueron, niño que han sentido como muy “difícil”. En el segundo caso, los padres abrigan grandes reproches y reivindicaciones respecto a sus propios padres a los que han vivido como “indignos” (abandonan, rechazan, vejan, etc.) y a los que

hubieran querido cambiar. Tales padres tienen tendencia a proyectar al niño “difícil” o reivindicativo (identificaciones proyectivas “muy apremiantes” y un poco “deformantes” de la imagen del niño), mientras que se identifican con el padre “víctima” o “indigno” que padece los reproches o ataques de los hijos. El elemento esencial en este caso es la necesidad de expiación masoquista de estos padres en las interacciones con sus hijos a los que tienen tendencia a someterse (a la tiranía o agresividad que proyectan sobre él).

Viñeta 2.

Una madre nos consulta debido a las enormes dificultades de separación de su hija de 10 meses que no quiere dejarla, ni tan siquiera para ir al baño. Desde la primera entrevista, la madre cuenta al terapeuta la reputación de “monstruo” que ella misma había padecido en su pueblo natal cuando era niña. En efecto, ella montaba escenas espectaculares en el momento en el que su madre la confiaba a su abuela para ir a trabajar: “una vez, incluso llegué a pegar a mi abuela”, nos dice, inmóvil por la culpa. La proyección sobre su hija de esta imagen de “monstruo” y, sobretodo, las identificaciones con su madre y su abuela, víctimas de la tirana terrible que había sido, han ocupado el primer plano de la terapia madre-bebé.

Parentalidad masoquista y depresividad transgeneracional

Los padres del primer grupo tienen esta necesidad de expiación masoquista para pagar la enorme culpa desarrollada en la infancia ante el encuentro con unos padres quejumbrosos. Los del segundo grupo tienen como meta narcisista (delegada en sus hijos) “rescribir su historia infantil” a fin de borrar los sentimientos de privación, abandono, rechazo, etc a través de su sumisión, en tanto que padres, a los reproches y reivindicaciones de sus hijos. De estos conflictos de la parentalidad derivan relaciones de tipo sadomasoquista entre padres e hijos. Tienen tendencia a provocar síntomas conductuales en el niño, pero a la larga, perturban la autoestima de éste, dada la imagen negativa, e incluso “malvada” que la actitud sumisa del padre le transmite. Así, la depresividad lastimosa de los abuelos se perpetúa y se transmite a padres que se hacen sumisos, lastimosos y tienden a culpabilizar y deprimir a sus hijos.

Esta depresividad se perpetúa de forma transgeneracional de padres a hijos, atravesando diversas vicisitudes, a través de la culpa inducida por los padres en los niños (padres que se colocan como víctimas de sus hijos) o bien de los hijos a los padres (cuando los padres siendo niños se han vivido como sacrificados por sus propios padres). En los bebés, llama la atención sobretodo la grandiosidad de la imagen negativa de “verdugo” (del padre “víctima” maltratado o bien del padre “indigno” que hay que castigar) transmitida por las identificaciones proyectivas “apremiantes” con tales padres. Esto refuerza las impresionantes manifestaciones de algunos de estos niños durante sus primeros años de vida. Su omnipotencia se manifiesta por un comportamiento difícil, tiránico y muy exigente; o bien, por una hiperactividad y una excitación de tinte hipomaniaco. Sin embargo, con el paso del tiempo, los aspectos negativos de estas impresionantes imágenes pasarán al primer plano interactivo debido a la actitud sumisa y sobre todo victimosa de los padres respecto de su hijo. La victimización masoquista de estos padres respecto a su hijo le envía una imagen de sí mismo muy desvalorizada por la connotación agresiva que dan a algunos de sus gestos o actitudes. Progresivamente, mediante la multiplicación de intercambios con los padres masoquistas, el niño solamente puede acumular sentimientos negativos hacia sí mismo respecto a un ser tan sacrificado. Así, los sentimientos de grandiosidad, desarrollados por este niño, en la toma de conciencia de su poder sobre el adulto, cambian de signo, ya que la omnipotencia se desplaza poco a poco en la organización intrapsíquica del niño en pleno desarrollo. Esta grandiosidad pasa de hinchar el Yo del niño de manera exultante a reforzar poco a poco la virulencia del Superyó y genera fuertes sentimientos de culpabilidad. Tal organización psíquica perturba el establecimiento de la autoestima del niño y plantea las bases de la tendencia a la depresividad.

Esta modalidad de actitud parental masoquista está muy extendida aunque podamos pensar que los padres lo único que quieren es evitar a sus hijos lo que ellos padecieron, como en la parentalidad neurótica. De hecho, muy a menudo, no hacen más que transformar los sentimientos de dependencia respecto a sus propios padres en una misma dependencia de sus hijos hacia ellos, adoptando la misma actitud de padres tan sacrificados como los suyos.

La “pretransferencia positiva” está más mitigada en estos padres, ya que son muy sensibles y fácilmente inclinados a sentirse culpabilizados por el terapeuta de ser los responsables de los problemas y dificultades de sus hijos, del mismo modo que se sienten culpables de las dificultades de sus padres, o sienten a sus padres responsables de sus propias dificultades. En estos casos, son posibles las psicoterapias breves padres-niños, si prestamos particular atención en aliviar la enorme culpa de estos padres. Sin embargo, frecuentemente, las necesidades de expiación de estos padres son tales que nos vemos obligados a tratarlas a más largo plazo, sea a través de intervenciones breves repetidas ulteriormente, sea a través de consultas terapéuticas prolongadas en el tiempo. Mediante estas intervenciones psicoterapéuticas padres-niños, aliviamos al niño o adolescente de la sobrecarga deprimente que pesa sobre su organización psíquica. No obstante, en estos casos más a menudo que en los precedentes, es necesario plantearnos la indicación de un análisis o de una psicoterapia psicoanalítica a largo plazo del niño, e incluso de los padres.

4. Los conflictos de la parentalidad narcisista-disociados.

En los conflictos de la parentalidad narcisistas, las identificaciones proyectivas que los padres hacen de sus hijos están cercanas a la patología, ya que tienen tendencia a ser rígidas, unidireccionales, “evacuadoras” y “deformantes” de la imagen del niño. La proyección de imágenes negativas de ellos mismos (en tanto que niños ávidos, agresivos, peligrosos, etc.), o bien de personas significativas de su pasado, cargadas de agresividad, generan en estos padres fuertes sentimientos de persecución respecto a sus hijos. Tienen tendencia a protegerse de ellos mediante identificaciones complementarias con imágenes parentales distantes, rechazantes, hostiles, o incluso abiertamente agresivas que crean una enorme culpabilidad en estos padres. El conjunto de su conflictividad parental se hace entonces demasiado difícil de afrontar y es muy a menudo negada o denegada.

Por esta razón, estas identificaciones parentales negativas son a menudo encubiertas superficialmente por otras imágenes parentales “no conflictivas” e “irreprochables” que da el calificativo de narcisista a esta

problemática parental. Se trata de un narcisismo destructivo y “antiparanoide”, y no de un narcisismo parental “antidepresivo”, con idealización de sus imágenes como padres o de aquellas del niño para protegerlo de las vivencias de pérdida, privación, opresión, etc que los padres habrían vivido penosamente, como en el caso de las conflictivas parentales neuróticas y masoquistas.

Las interacciones padres-hijos resultantes son muy problemáticas y tienden a generar en el bebé trastornos graves del apego cuya importancia puede ir desde los diferentes trastornos depresivos del bebé hasta los trastornos de apego de tipo disarmónico, incluso autista. En el niño más mayor o adolescente, esta pesada psicopatología del bebé tiende a evolucionar hacia trastornos de la personalidad de diversa gravedad.

Las identificaciones proyectivas patológicas de estos padres transmiten imágenes muy negativas de su pasado deformando precozmente de manera global y masiva la imagen que los padres se construyen de su bebé. De hecho son sobre todo las madres las que viven los conflictos con tal intensidad frente a los sentimientos de rechazo, incluso de agresividad respecto a su hijo, que les cuesta tomar conciencia de ello. Despliegan un fuerte negación de su vida emocional que limita masivamente las representaciones psíquicas que han podido construir de sus vivencias maternas. En la exploración de su pasado y de las experiencias con sus propios padres, recibimos respuestas muy simplificadas y expeditivas: “Bien... , como todo el mundo....., estaba bien....”, etc. Sin embargo, las tentativas de precisión y de profundización de sus sentimientos tanto respecto a su hijo (como padre/madre) como a sus padres despiertan en estos padres sentimientos de persecución frente al terapeuta, incluso de hostilidad.

Viñeta 3.

Alberto viene a consulta con 7 meses de edad, porque su madre se quejaba de su monstruosa agresividad que destruía el conjunto de la vida familiar. El niño había sido operado de una malformación cardíaca congénita a los 2 meses de edad. La madre pensó que iba a morir. Sobrevivió, como el padre de la madre que había sobrevivido a un infarto cuando ella tenía 15 años. Este acontecimiento tuvo lugar en el marco de una riña con su padre y fue acusada “de haberlo querido matar”. Desde entonces, ha perdido todo

contacto con su familia en un clima extremadamente conflictivo. Debido a la grave enfermedad de su bebé, ha proyectado sobre él la imagen de ese padre monstruosamente vengativo que teme. Esta proyección “deformante” ha provocado importantes distorsiones en la relación madre-hijo. A los 7 meses, en ocasión de un test de desarrollo, el niño no aguantaba mucho tiempo sentado y mostraba señales de cansancio después de veinte minutos de entrevista. La grabación en video permitía ver que el niño oscilaba amenazando caerse, y que la psicóloga señalaba a la madre el riesgo de la posible caída, mientras que la madre estaba muy concentrada en la conversación. Cuando el niño finalmente se cayó y se puso a llorar, la madre exclamó: “¡Este monstruo es así, llorando todo el día!”. La psicoterapia madre-bebé se interrumpió después de diez sesiones. El niño fue visto de nuevo a la edad de 2 años. Presentaba una disarmonía psicótica, mientras que su desarrollo estaba dentro de lo normal a los 7 meses.

La proyectividad negativa de estos padres se vuelve a encontrar en la relación con el psicoterapeuta y tiende a desarrollarse una “pretransferencia negativa”. De hecho, muy a menudo viven las interpretaciones y algunas veces hasta la simple exploración de su paternalidad como una acusación insoportable, incluso como un ataque denigrante. En estos casos, los acercamientos psicoterapéuticos breves con los padres están contraindicados, porque son vividos de manera tan culpabilizadora que el padre se siente perseguido por el terapeuta. Estos padres muestran rápidamente signos evidentes de resistencia, o muestran una tendencia a romper la relación si el terapeuta insiste en interpretar su conflictividad parental. En estos casos, nuestros esfuerzos psicoterapéuticos deben encaminarse ante todo a desarmar la “pretransferencia negativa” y a crear una alianza terapéutica destacando los aspectos positivos de la relación del padre con el hijo y apuntando los aspectos conflictivos de esta relación como provenientes del niño.

Parentalidad narcisista, trastornos del apego y trastornos de la personalidad.

A diferencia del psicoterapeuta, el bebé no puede evitar los intercambios difíciles con la madre, ni eludir las vivencias de persecución que despertarán en ella la tendencia al distanciamiento, al desapego, al rechazo, etc., a pesar de sus esfuerzos por anular estas reacciones negativas. Tales interacciones conflictivas despiertan en el bebé reacciones de frustración y vivencias de amenaza resultado de las dificultades que encuentra para obtener un mínimo de seguridad en la relación de apego con su madre. El

bebé tendrá tendencia a defenderse de esas vivencias amenazantes mediante los mecanismos propios del Yo narcisista primitivo (Freud, 1915c) que transforman lo pasivo en activo por identificación con los aspectos rechazantes de la madre, de manera que a su vez pone a distancia a ésta mediante mecanismos narcisistas muy destructivos para la vida mental, cercanos a los del autismo.

En estas circunstancias, el apego madre-bebé se produce difícilmente en ambos sentidos: de la madre hacia el bebé a causa de los sentimientos de persecución que ella vive, y del bebé hacia la madre debido a las experiencias de rechazo y frustración que él vive. A través de estos intercambios, se forja una imagen muy negativa de él mismo que tiende particularmente al funcionamiento psicoparanoide y por lo tanto refuerza el funcionamiento narcisista primitivo. Así se establecen trastornos graves del apego con importantes deficiencias en los vínculos específicos con la madre que tiende a describir a su bebé del siguiente modo: “Él no es en absoluto arisco, ni extraña a nadie, podría marcharse con cualquiera”. A menudo, en lugar de la dificultad de apego, aparece un hiper-apego compensatorio, con importantes dificultades de separación que tienden a anular las debilidades en la intensidad y profundidad del apego recíproco. La limitación más o menos importante de los intercambios placenteros madre-bebé limitan “el input” en éste último de experiencias positivas que van a subtender el conjunto de su funcionamiento: motricidad, lenguaje, experiencias cognitivas, simbólicas, etc; y a restringir un desarrollo más autónomo. De hecho, las primeras manifestaciones sintomáticas del bebé son los trastornos del humor, con tendencia a la apatía taciturna y a la indiferencia, incluso a la tristeza acompañada de diversas inhibiciones, o bien a la excitación y a la hiperactividad con inestabilidad de signo hipomaniaco. Poco a poco, surgen disarmonías evolutivas, más o menos graves, que en los casos extremos pueden ser de tipo psicótico, o incluso psicosis autistas.

El seguimiento de estos bebés de alto riesgo con sus madres en nuestro Jardín de infancia terapéutico, así como las investigaciones catamnésicas sobre su evolución en la latencia y la adolescencia (Knauer y Palacio Espasa, 1990) nos han mostrado el futuro de estos trastornos del humor y del desarrollo. En cierto número de ellos, los trastornos del humor persisten, pero con una coloración sobre todo depresiva a partir

de la latencia. En muchos de estos casos, aparecen importantes dificultades en el establecimiento del sentimiento de identidad, característico de los trastornos graves de la personalidad (p.e. borderline). Este tipo de personalidad aparece en el momento de la evolución de los trastornos precoces del humor acompañado del despliegue de identificaciones con los aspectos negativos del Objeto, propios de las defensas narcisistas primitivas muy desestructurantes para la vida psíquica.

Hemos intentado evidenciar el lugar que ocupa la problemática depresiva en la parentalidad, sus conflictos y su estrecha articulación con el narcisismo delegado en el niño, considerando estos elementos desde el punto de vista de las intervenciones psicoterapéuticas padres-hijos. Sin embargo hay que subrayar que con una óptica centrada en la técnica psicoterapéutica, la culpa ocupa el lugar central en el trabajo con los padres. Este sentimiento, que pasa siempre a un segundo plano en la descripción de los afectos depresivos, después de la tristeza o la pena, o incluso del dolor psíquico frente a las vivencias de pérdida, se vuelve crucial ante cualquier forma de cambio psíquico. En efecto, en cuanto que la culpabilidad parental llega a ser demasiado importante, levanta tales movimientos defensivos que obstaculizan toda forma de reconocimiento de otros afectos conflictivos, como por ejemplo la tristeza a la hora de elaborar los duelos; toda forma de intervención psicoterapéutica que provoque la menor culpa en los padres se vuelve persecutoria y origen de la “pretransferencia negativa” y de grandes resistencias. En cambio, toda interpretación que alivie la culpa de los padres se convierte en motor de la alianza terapéutica y facilita los cambios, algunas veces espectaculares, mediante la flexibilidad de las autoexigencias, o bien de las autorrecriminaciones cargadas de omnipotencia en función de los fantasmas narcisistas infantiles.