

Nathalie Nanzer,
Dora Knauer,
Francisco Palacio Espasa,
Zarina Qayoom-Boulvain,
François Hentsch,
Penelope Clinton,
Dante Trojan,
Iona Le Scouëzec

MANUAL DE PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PARENTALIDAD

Traducción de
Antônia Llairó e Iñaki Marion

Colección Psicoterapias
MANUAL DE PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PARENTALIDAD

Título original: *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*, PUF, 2012

Traducción al castellano de Antònia Llairó e Iñaki Marion



Primera edición: octubre de 2017

© Presses Universitaires de France

© de esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

Bailén, 5, pral. – 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02 – Fax: 93 231 18 68

octaedro@octaedro.com

octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-17219-02-4

Depósito legal: B.23.393-2017

Diseño y producción: Editorial Octaedro

Impresión: Ulzama

Impreso en España – *Printed in Spain*

Sumario

Prólogo 9

Introducción 13

DORA KNAUER

PRIMERA PARTE Aspectos teóricos

1 Los males de la parentalidad 25

NATHALIE NANZER, FRANCISCO PALACIO ESPASA

2 Una psicoterapia centrada en la parentalidad (PCP) 37

NATHALIE NANZER, DORA KNAUER

3 La técnica de la psicoterapia centrada en la parentalidad 45

NATHALIE NANZER

SEGUNDA PARTE Aplicaciones clínicas: «Los desafíos de la parentalidad a través de las edades»

1 La PCP en caso de amenaza de parto prematuro 83

ZARINA QAYOOM-BOULVAIN, IONA LE SCOUËZEC,
FRANCISCO PALACIO ESPASA

2 La PCP durante el parto y el posparto
y en caso de depresión perinatal 103

NATHALIE NANZER

- 3 La PCP en el bebé y el niño pequeño 119
FRANCISCO PALACIO ESPASA
- 4 La PCP con el niño en edad de latencia 125
FRANCISCO PALACIO ESPASA
- 5 La PCP y el adolescente 131
PENÉLOPE CLINTON, FRANCISCO PALACIO ESPASA

TERCERA PARTE

Algunas problemáticas específicas

- 1 La PCP cuando el niño sufre de trastorno grave del desarrollo 139
FRANÇOIS HENTSCH
- 2 La PCP cuando el niño padece trastorno alimentario 147
DANTE TROJAN
- 3 La PCP y la conyugalidad 153
FRANCISCO PALACIO ESPASA, DORA KNAUER

Conclusión 159

DORA KNAUER

Anexo. Entrevista R. Versión adaptada para el periodo prenatal 163

Z. QAYOOM-BOULVAIN, I. LE SCOÜÉZEC, S. RUSCONI SERPA,
F. PALACIO ESPASA

Bibliografía 175

Sobre los autores 185

Índice 187

Prólogo

Los autores de esta obra son psicoanalistas, médicos, psicoterapeutas de niños y adolescentes, especializados en las terapias de la pequeña infancia y en terapias relacionales tales como las psicoterapias madre-bebé, madre-niño y padres-niño. Convencidos de la necesidad de tratar al niño en su globalidad y especialmente en su contexto familiar, los autores han dado un lugar preponderante a las problemáticas parentales en la clínica del niño pequeño, del niño y del adolescente. Aunque el desarrollo del niño está influido por los conflictos de parentalidad de los adultos, las características propias del niño condicionan a su vez la forma en que el adulto deviene y se siente como progenitor¹ de ese niño en concreto.

A partir de su trabajo con los padres y las investigaciones realizadas, los autores han adaptado las terapias padres-niños para utilizarlas en contextos más amplios, durante el embarazo, por ejemplo, o para tratar psicopatologías adultas ligadas a la parentalidad, como las depresiones perinatales. Han podido constatar el impacto terapéutico de estas psicoterapias, no solo sobre el niño y la relación padres-niño, sino también sobre el progenitor en sí mismo, permitiendo un alivio del sufrimiento ansioso y depresivo y un fortalecimiento del sentimiento de identidad parental. Estas terapias han sido agrupadas bajo el término de *psicoterapia centrada en la parentalidad* o bien PCP.

Los autores desean reunir los conocimientos teóricos y clínicos adquiridos a lo largo de los años en un manual práctico, accesible y sintético,

1. La palabra *parent*, cuando se refiere a padre o madre indistintamente, se ha traducido como *progenitor*. (N. de T.)

que garantice la transmisión de un pensamiento y que pueda servir de base a la docencia y a la investigación clínica. Desde esta óptica, después de haber desarrollado el concepto de parentalidad y las problemáticas que están asociadas a ella, este manual contiene una parte que describe los aspectos técnicos de las PCP de forma manualizada. Este capítulo desarrolla de forma esquemática y detallada las diferentes etapas de la terapia, el trabajo y la actitud del psicoterapeuta, la forma de abordar la conflictividad psíquica. Esta «manualización» de la técnica, por definición simplificadora y reductora, presenta la ventaja de ser didáctica y de responder a los imperativos de reproductibilidad indispensables para la investigación que conlleva una intervención terapéutica. La segunda parte del manual describe las aplicaciones clínicas de la técnica y sus especificidades. ¿Cómo abordar la parentalidad cuando el paciente es un bebé, un niño o un adolescente? ¿Y cuando es el adulto quien consulta sobre su propia parentalidad o por dificultades relacionales con su hijo o con su pareja? ¿Qué adaptaciones técnicas se deben aportar cuando un déficit del niño viene a complicar la parentalidad, que influirá a su vez en la vivencia del niño? Cada una de estas situaciones se ilustra con casos clínicos que permiten al lector seguir el hilo del pensamiento y el trabajo del psicoterapeuta.

Este manual se dirige a psicoterapeutas de niños o adultos, formados en el modelo psicodinámico o en proceso de formación. Constituye un aporte teórico y práctico para acercarse a la psicoterapia de la parentalidad, paralelamente a la supervisión de casos clínicos.

Es una herramienta necesaria para el psicoterapeuta de niños, quien, como complemento a la comprensión del mundo interno, debe comprender y aliviar los conflictos de la parentalidad que pesan sobre el psiquismo del niño y, si persisten, corren el riesgo de inscribirse de forma más permanente y estructural.

Es útil igualmente para el psicoterapeuta de adultos en su práctica general. Este manual le sensibilizará con los diferentes aspectos de la parentalidad desde una perspectiva psicoevolutiva del paciente adulto, hombre o mujer: dificultades en llegar a ser progenitor, obstáculos a la maternidad, psicopatología perinatal. La psiquiatría adulta se ha preocupado poco de este aspecto específico de la personalidad, que merecería, sin embargo, ser tomado en cuenta al mismo nivel que las otras fases del desarrollo.

Si se desea entrar en detalles más específicos de las psicoterapias madre-bebé o padres-niño, el lector puede acudir a numerosas obras redactadas por algunos de nosotros y por otros autores de la Escuela de

Ginebra, por ejemplo: *La pratique des psychothérapies mères-bébés*,² *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*,³ *Soigner l'enfant*,⁴ *Dépression de vie, dépression de mort*,⁵ *La destinée des bébés peut-elle changer?*,⁶ *Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapies brèves mères-bébés*.⁷

2. B. Cramer, F. Palacio Espasa, *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF «Fil Rouge», 1993.

3. J. J. Manzano, F. Palacio Espasa, N. Zilkha, *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Bilbao, ALTXA.

4. J. Manzano, F. Palacio Espasa, *Soigner l'enfant. Les thérapies en psychiatrie infantile et en psychopédagogie*, Lyon, Césura «PGI», 1989.

5. F. Palacio Espasa, *Dépression de vie, dépression de mort*, Ramon-ville-Saint-Agne, Érès, 1989.

6. D. Knauer, F. Palacio Espasa, *La destinée des bébés peut-elle changer? Études cliniques longitudinales du bébé à l'adulte*, Paris, PUF «Fil Rouge», 2010.

7. F. Palacio Espasa, D. Knauer, «Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapies brèves mères-bébés», en P. Mazet y S. Lebovici (dir.), *Psychiatrie périnatale. Parents bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, Paris, PUF, 1998.

Introducción

DORA KNAUER

LOS NUEVOS DESAFÍOS DE LA PARENTALIDAD

La sociedad del siglo XXI, impregnada por los criterios de éxito social personalizado y personal, da una importancia creciente al equilibrio de la vida psíquica y a las emociones. Las nociones de subjetivación y personalización del sujeto están íntimamente ligadas a la emancipación individual y corresponden, actualmente, no únicamente a una norma, sino también a un valor social esencial en nuestra sociedad, resueltamente vuelta hacia el individualismo. Las nociones de prohibición y de obligación social, que caracterizaron los últimos siglos y fundaron las reflexiones psicoanalíticas sobre las neurosis, son progresivamente sustituidas por las referencias a las nociones de capacidad social y comunicativa, adaptabilidad y flexibilidad, y basadas sobre los criterios de autoestima, del sentimiento de ser capaz, incluso sentimientos de poder sobre sí mismo y sobre los demás.

El sufrimiento psíquico se relaciona a menudo con sentimientos de impotencia y de insuficiencia, de temor a no estar a la altura de las exigencias en un mundo en el que el individuo está normalizado por sus capacidades de adaptación social, autonomía, afirmación de sí mismo y prestigio o carisma personal; puesto que la exigencia de autonomía comporta la idea de la propia responsabilidad sobre uno mismo y entiende que los conflictos no resueltos dependen de la propia incapacidad para resolverlos, poniendo en tensión los retos narcisista-identitarios del individuo. Las consecuencias son eminentemente visibles en el período de la adolescencia, en el que las nuevas enfermedades del alma son mucho más narcisistas que neuróticas y en las que el nuevo malestar psíquico toma

sobre todo la forma de sentimientos de insuficiencia que se asemejan a menudo a la depresión. Los imperativos contemporáneos sobrepasan hoy largamente aquellos de los límites que no hay que sobrepasar y aquellos de las prohibiciones. Pasamos progresivamente de las patologías del deseo a las patologías de las insuficiencias. Se trata de sufrimientos de orden narcisista, enraizados en las patologías del ideal y de los sentimientos de pérdida mucho más que en los conflictos neuróticos propiamente dichos que recubren principalmente problemáticas psicopatológicas de personalidad y neurosis de carácter.

¿Cómo restaurar la propia autoestima frente a un fracaso? ¿Cómo sentirse reconocido en el entorno profesional y social? ¿Cómo hacer frente a la precariedad social, al desarraigo, a la falta de apoyos familiares? Así pues, aparecen ciertas oposiciones entre vida pública y vida privada, donde la vida privada, conyugal y parental, se convierte en un refugio esencial y la parentalidad un lugar de realización personal totalmente primordial. La parentalidad comporta sus propias responsabilidades, aquellas de sentirse capaces de ser buenos padres y de asumir las transformaciones inherentes a las diferentes etapas del desarrollo del niño. Devenir progenitor se convierte en un nuevo oficio, que se confrontará con las imposiciones de los ideales del momento. ¿Cómo ser reconocido como un buen padre o madre? ¿Cómo afrontar la opinión de su propio hijo? ¿Cómo no fallar en esta tarea tan esencial?

En este contexto la psiquiatría del niño ve el nacimiento de nuevas emergencias: ya no se interesa solamente en las problemáticas del desarrollo del niño, con toda su complejidad, sino que se dirige a la emergencia del sujeto, a la intersubjetividad familiar y grupal y a las transmisiones emocionales y afectivas efectuadas a partir de los primeros vínculos tejidos entre los jóvenes padres y su prole, en una visión fantaseada e interactiva asociada, de carácter interpersonal y transgeneracional.

Si bien desde hace mucho tiempo la psiquiatría infantil y las observaciones sobre el desarrollo del niño han dado una gran importancia al entorno, a la educación que recibe, así como a los acontecimientos de vida que ocurren en su familia, los estudios que se han centrado en la parentalidad son en realidad relativamente recientes. De hecho, el término de *parentalidad* en sí mismo fue introducido por primera vez en Francia por Paul-Claude Racamier, en 1961. En aquel momento, la parentalidad correspondía mucho más a la maternidad, y concernía a fenómenos psiquiátricos graves, tales como los trastornos psicóticos que sobrevienen en el posparto, que Racamier atribuía, de forma pionera, a dificultades de orden psicológico específicas del parto y al hecho de devenir progenitor.

Desde entonces se ha recorrido un largo camino, y el interés creciente en la parentalidad se ha desarrollado a partir de la observación directa de las relaciones precoces padres-niños y del bebé, así como del microanálisis relacional y emocional, paralelamente al desarrollo de las ciencias etológicas, cognitivas y emocionales, que datan del inicio de los años 1980. Gracias a la observación directa de las interrelaciones precoces del bebé con sus *partenaires* asistenciales a través del microanálisis, aparece el formidable descubrimiento de numerosas capacidades precoces del bebé, abriendo la vía a las nociones de *apego* precoz, de reciprocidad, de regulación emocional y motora, de primeros signos de la adquisición de la comunicación y del lenguaje más o menos bien organizados. Gracias a los nuevos descubrimientos en neurobiología y neurociencias y a la tecnología de investigación cada vez más elaborada, el microanálisis de las relaciones padres-niños se enriquece con nuevos conocimientos sobre el desarrollo estructural y dinámico del cerebro, que nos abren poco a poco los misterios del desarrollo cerebral, incluso en el curso de la gestación.

Por otra parte, la genética no se puede ya declinar sin su asociación con la epigenética y los factores de riesgo y de protección en curso, aunque el gran debate entre lo adquirido y lo innato se transforme, y la apertura del diálogo entre psicoanálisis y neurociencias nos coloque en un cruce entre trazas visibles e invisibles, plasticidad neuronal, neurobiología y estrés.

Hoy en día, el psiquiatra infantil debe analizar los ingredientes que aseguran una buena parentalidad, aquella que promueve mejor el desarrollo del niño, a fin de ayudar a los padres en su tarea de asegurar a su prole «una parentalidad suficientemente buena», a lo largo del desarrollo de su hijo, hasta la edad adulta.

Descifrar los misterios psicoafectivos vividos por los niños pequeños, en toda la complejidad de las series complementarias y de los acontecimientos de vida transportados de una generación a la siguiente, ofrecer a los padres un sentido más manifiesto para su experiencia vivida, sosteniendo su capacidad reflexiva y de mentalización, se convierte en una necesidad terapéutica imprescindible.

FUNCIÓN PARENTAL E INTERSUBJETIVIDAD

Desde las primeras identificaciones precoces, expuestas en los escenarios lúdicos y simbólicos de la pequeña infancia, los niños juegan a convertirse en padres ellos también; nos dejan entrever la riqueza emocional y

las múltiples contradicciones vividas frente al nacimiento de un bebé y a los cuidados que este reclama. Estas representaciones identificatorias primarias, destinadas a desvanecerse en las trazas inconscientes de la amnesia infantil, sufren una larga fase de latencia, hasta la madurez genital, momento en el que resurgen en el deseo expresado de convertirse a su vez en padre o madre. Este deseo, a veces inesperado y sorprendente, puede tomar forma de una necesidad urgente, de un signo del destino, que aspira a una cierta transcendencia de sí mismo, por el consentimiento de implicarse en el imperativo de la abnegación parental y por la filiación transgeneracional de su familia.

El embarazo confirmado suscita una formidable explosión de fantasía y constituye una experiencia única, que confronta a las futuras madres y los futuros padres a un trabajo psicológico intenso, a un cambio generacional y del desarrollo completamente esencial. Trabajo complejo, emociones contradictorias, entre sentimientos de elevación al estatus de padres y duelo de su infancia o «duelo del desarrollo», entre un impulso vital y de sumisión a veces difícil en los avatares de las complicaciones gestacionales y de los acontecimientos de la vida. Para la madre, las transformaciones corporales se alían con las conmociones emocionales y descubren una sensibilidad emocional delicada y totalmente especial. Entre lo íntimo y lo extraño, dar vida, frente al misterio del bebé que va a venir, desvela los contornos de las representaciones del bebé fantaseado, portador de los deseos inconscientes de un nuevo sí-mismo, nacido de uno mismo, pero diferente a la vez, y sobre todo completamente dependiente de sus propias disponibilidades. Ensoñaciones, recuerdos y temores de su propia pequeña infancia reaparecen y proponen reencuentros mezclados con sentimientos de una realidad nueva.

Las fantasías acerca de un embarazo y un nacimiento oscilan a menudo entre sentimientos de potencia y de impotencia, fuerza y flaqueza, esperanza y temor, y, al hilo de su desarrollo, la presencia del bebé se impone, con su realidad concreta más o menos invasiva. Las fantasías que apelan a la confianza en sí mismo, en su buena estrella, son protectoras; favorecen el desarrollo de un buen embarazo y del futuro parto, abren a los padres hacia un buen encuentro con su bebé. Otras fantasías, al contrario, conducen hacia aprehensiones ansiógenas y estresantes, a menudo en el origen de sentimientos depresivos en el parto, que pueden prolongarse igualmente en el posparto. La expectativa de la venida al mundo de un bebé confronta de manera muy auténtica con los recursos narcisistas propios, con una más o menos buena autoestima acerca de las capacidades parentales y sentimientos de culpabilidad, tanto para la

madre como para el padre. En el momento en que el feto se convierte en «otro» y manifiesta ya ciertas características más o menos agradables, la preocupación de su acogida se impone e incita al deseo de un parto y de un encuentro con el bebé real. Este encuentro en el posparto inmediato es esencial: de entrada, el bebé recibe numerosas proyecciones o predicciones que van a envolverle como en un cuento de hadas. El *efecto de encuentro*⁸ con el bebé real producirá un efecto que modulará profundamente las previsiones construidas acerca del bebé fantaseado del parto, tanto como la contribución del mismo bebé, con su propio carácter y su temperamento visibles y activos desde su llegada al mundo, que sabrá inscribir su propia huella en sus relaciones precoces con sus padres.

La finalización del proceso de maduración de la joven edad adulta que supone el devenir progenitor constituye una etapa esencial de la vida que merece una mirada particular y específica por parte del psiquiatra infantil en el momento en que la incomprensión y el sufrimiento vienen a comprometer las relaciones familiares y el desarrollo armonioso del niño.

El conocimiento de las fantasías ligadas a la parentalidad no solo nos interpela desde el enfoque de la psicoterapia centrada en la parentalidad, sino que nos conmina a reconsiderar los efectos que las fantasías y las representaciones parentales pueden ejercer sobre la dinámica intrapsíquica del niño. Ciertos temas fantasmáticos, anclados en los dos años posteriores al nacimiento del bebé y catalogados en las psicoterapias conjuntas padres-bebés, han vuelto a aparecer algunos años más tarde en el niño, como «fijados en líneas de fuerza» o formas de continuidad entre aquello vivido por la madre o los padres y la vivencia del niño, cuando les visitamos posteriormente para un estudio de seguimiento longitudinal. Nos hemos preguntado desde entonces sobre las relaciones que pueden existir entre la dinámica interna del niño y las preocupaciones parentales que le rodean. Hemos considerado cómo las expresiones simbólicas del mismo niño pueden retomar, en un movimiento de introyección y a veces de identificación, tramas de acontecimientos particulares, lugares de condensación y de tensiones investidas sobre el modelo de un equivalente traumático. Probablemente aquí se inscriben ciertos puntos de conflicto de los investimentos parentales, encrucijada entre el acontecimiento actual (dificultades en el embarazo, parto, características del recién nacido, como el sexo, la configuración física, las enfermedades, etc.) y los acontecimientos del pasado de los padres (relaciones con sus propios padres, vivencias infantiles, etc.). Los temas fantaseados «trans-

8. Término psicoanalítico Aulagnier, P., (2004).

mitidos» serían retomados por el niño como en memoria, a través del mecanismo interactivo mantenido entre los partenaires (Palacio Espasa y Knauer, 1996).

Así pues, hemos podido evaluar los efectos de ciertas proyecciones parentales muy ancladas y repetitivas que provocan una acción más o menos alienante para el niño, según la gravedad del conflicto de la parentalidad expuesto (primera parte, capítulo uno, del presente manual).

Las preocupaciones maternas durante el embarazo se desarrollan en general alrededor de ciertos temas, como los del parto próximo, la vida conyugal, la presencia más o menos reconfortante de la pareja, los padres y los suegros, el trabajo y el estado somático y emocional de la misma madre. Sin embargo, las imágenes del bebé fantaseado toman un lugar preponderante muy pronto, con las asociaciones a menudo muy precisas sobre los aspectos del sexo o del carácter del bebé que va a venir y de sus propias preferencias, y el análisis de las competencias propias de una buena madre surge rápidamente en comparación con la vivencia de su propia infancia.

Desde el posparto, el *efecto de encuentro* con el bebé es inmediato, y una madre radiante que hubiera preferido un chico se enternece sin dificultad frente a su bebé niña, la encuentra maravillosa, olvidando casi sin dificultad sus propias ideas de algunas semanas antes. La adaptación que consiente la realidad concreta, barriendo los ideales y deseos de dominio, propone al recién nacido una acogida de calidad.

Ya que finalmente es al bebé tal cual a quien los padres deben adaptarse y regularse, en un ir y venir de reconocimiento mutuo, esencial para el desarrollo de las competencias parentales y para las del bebe.

LA FUNCIÓN PARENTAL Y SUS ESCOLLOS

Para captar mejor el alcance pernicioso de ciertos factores de riesgo para el buen desarrollo del bebé, es útil recordar brevemente los criterios esenciales que la buena función parental debería ofrecer al bebé desde su nacimiento, una relación que podrá permitirle una buena emergencia de su sentimiento de ser. Didier Houzel (2009) insiste sobre el rol esencial del continente en la constitución de un «envoltorio psíquico» alrededor del bebé, uniendo los polos materno y paterno, en una bisexualidad armoniosa asociada a la presencia de un apego seguro, continente, predecible y reflexivo, en una relación de confianza en el mundo y en las personas de referencia.

Han aparecido varios modelos nacidos de la observación directa del bebé con sus partenaires, y actualmente se consideran ingredientes esenciales para la constitución de una buena intersubjetividad en el bebé. Sin entrar en detalles de cada uno de estos modelos, he aquí la lista de los principales:

- sintonización (*accordage*) afectiva (Daniel Stern);
- compartición emocional (Colwyn Trevarthen);
- atención conjunta (Jerôme Bruner);
- yo interpersonal (Peter Hobson);
- rol de espejo de la madre (Wilfred R. Bion y Donald Woods Winnicott);
- la función reflexiva (Peter Fonagy y Mary Target).

Sabemos que ciertas dificultades vividas en torno a la parentalidad pertenecen a experiencias comúnmente compartidas; algunas son bastante fáciles de «reparar y corregir» y no dejan trazas importantes, mientras que otros acontecimientos o vivencias pueden poner en riesgo el buen desarrollo de las relaciones precoces e inscribirse más permanentemente en las relaciones entre los padres y los niños.

En ocasiones, el buen desarrollo de la subjetivación del bebé depende de ello, ya que estos elementos vienen a contrariar la disponibilidad psíquica de los padres y los desplazan fuera del campo de encuentro con su bebé, quien, por su parte, no puede más que sufrir los trastornos emocionales de sus padres. Entre la realidad traumática y la realidad psíquica inapropiada, el encuentro con el bebé sufre perturbaciones y sus necesidades fundamentales no son colmadas, puesto que, en estas condiciones difíciles, el bebé se convierte fácilmente en diana de proyecciones negativas, cargadas de culpabilidad, e incluso de agresividad por parte de sus padres.

Los acontecimientos reales traumatizantes más frecuentes son los siguientes:

- urgencia y pánico en el parto o en los primeros meses de vida del bebé;
- un fallecimiento cercano al nacimiento;
- un hijo muerto que llama al recuerdo;
- el aislamiento de la pareja o de la madre, cuando es muy importante;
- las preocupaciones sociales que marchitan el placer y generan preocupaciones mayores de supervivencia.

Los acontecimientos psíquicos traumatizantes más frecuentes son los siguientes:

- reactivación de los conflictos infantiles no resueltos;
- duelos patológicos;
- puesta en escena familiar altamente conflictiva entre los vivos y los desaparecidos;
- emergencia de sentimientos muy ambivalentes y de decepciones importantes frente al niño real.

Así pues, gracias a numerosos estudios efectuados sobre las interacciones precoces padres-niños, conocemos actualmente en qué medida el principio de la «regulación esperada» por parte del niño corresponde al principio más importante de organización de representaciones del niño. Este se refiere al estilo interactivo en presencia del otro. Por parte del niño, parece que pudieran desempeñar un papel esencial las características de su temperamento, cuyo origen es todavía incierto, quizás incluso constitucional o pulsional. En efecto, ciertos autores han considerado la autorregulación, en la línea de la teoría de las pulsiones de Freud, como principio organizador fundamental, aunque para otros, siguiendo a Daniel Stern (1985) y la noción de *accordage affectif* (sintonización afectiva), es la regulación interactiva la que juega este papel e influencia la expresión de un temperamento determinado.

Los trabajos de Elizabeth Fivaz-Depeursinge (2002) proponen una regulación interactiva triádica, que incluye a la madre, al padre y al bebé, para intentar explicitar la complejidad de los modelos relacionales que influyen la constitución del Yo, del objeto y de las representaciones del bebé, postulando la constitución de una estructura social que asocia estrechamente la autorregulación con la regulación interactiva.

Al principio de «regulación esperada» se añade el de «ruptura y reparación», que describe las expectativas contrariadas en el curso de las interacciones con madres deprimidas que tienden a adoptar un estilo de autorregulación demasiado invasivo o demasiado ausente, cuando la violación de las expectativas del bebé no va seguida de una reparación, sino de un fracaso en la resolución de estas rupturas. Finalmente, el último principio es aquel de los «momentos afectivos intensos», momentos en los que el niño experimenta con intensidad las activaciones positivas o negativas de su vivencia afectiva, momentos fusionales excepcionales o, al contrario, malestar importante debido a la ausencia de gratificación. Los momentos de experimentación de las variaciones del estado psico-

lógico y de sus transformaciones posibles forman parte de la vivencia de cada bebé.

Considerando estos tres principios como una jerarquización de la regulación interna (Graziella Fava Viziello, 2005), el clínico puede comprender mejor los procesos de organización de las representaciones y las internalizaciones que se constituyen progresivamente en el curso de la primera infancia. Las categorías de apego *seguro*, *inseguro-evitativo* e *inseguro-ambivalente* no demuestran ninguna prueba de indicios de riesgos ulteriores, pero está admitido que el apego *seguro* puede corresponder a un indicio de protección no despreciable. Solo la categoría de apego *desorganizado* puede ser asociada estadísticamente a trastornos del desarrollo ulteriores del niño, tanto más cuanto que, en este caso, el niño muestra desde el inicio un trastorno importante de su regulación emocional.

Numerosos son los estudios etológicos sobre mamíferos que vienen a confirmar la importancia fundamental de estos primeros vínculos: por un «lamido» suficiente de su prole, el animal abre la vía a las competencias sociales de buena calidad en su pequeño, competencias sociales esenciales para su supervivencia. Para el pequeño humano, sabemos ahora que la respuesta a sus expectativas crea en él un afecto positivo, esto ya a los 10 meses, y que las expectativas contrariadas pueden desarrollar reacciones afectivas negativas.

Si se sienten menos felices, los bebés tienen tendencia a desarrollar síntomas funcionales, manifestaciones típicas de un malestar, desde el nacimiento hasta aproximadamente la edad de dos años. Más adelante, los síntomas se expresan de forma más claramente «psicológica», a través de manifestaciones ansiosas más caracterizadas, perturbando la calidad de vida y dejando trazas mnésicas a veces dolorosas. Frente a la tarea de acceder a una individualización propia y de soportar numerosas frustraciones, la presencia de trastornos ansiosos no facilita este crecimiento evolutivo y puede a veces inducir fijaciones a actitudes de regresión poco favorables al desarrollo de las competencias sociales del sujeto.

John Bowlby (1988) concibe los modelos operantes internos a partir de la experiencia cotidiana de las interacciones del niño con sus padres. «En consecuencia, la imagen que él constituye refleja también las imágenes que sus padres tienen de él, las imágenes que se le comunican, la forma como se comportan con él, como se dirigen a él. Estos modelos organizan sus sentimientos, sus expectativas, su comportamiento. Organizan así sus miedos y sus deseos presentes en sus sueños.»

Sobre los autores

Penelope Clinton, psiquiatra infantil, jefe de clínica en la Unidad de Psiquiatría de enlace del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

François Hentsch, psiquiatra infantil, médico adjunto al jefe de servicio, responsable de la Consulta multidisciplinaria del Psicodesarrollo del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

Dora Knauer, psiquiatra infantil, psicoanalista, profesora en la facultad de Medicina de Ginebra, médica adjunta agregada al Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

Iona Le Scouëzec, psicóloga clínica de la Unidad del desarrollo en Obstetricia y del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del hospital universitario de Ginebra.

Nathalie Nanzer, psiquiatra infantil, psicoanalista, médica adjunta al jefe de servicio, responsable de la Unidad de Orientación Infantil del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

Francisco Palacio Espasa, psiquiatra, psicoanalista, ha sido profesor ordinario y jefe de Servicio en el Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

Zarina Qayoom Boulvain, psicóloga, especialista en psicoterapia, perinatalidad, niños y adolescentes, Ginebra.

Dante Trojan, psiquiatra infantil, psicoanalista, médico adjunto al jefe de servicio, responsable de la Unidad ambulatoria perihospitalaria del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

Índice

| | |
|--|----|
| Sumario | 7 |
| Prólogo | 9 |
| Introducción | 13 |
| Los nuevos desafíos de la parentalidad | 13 |
| Función parental e intersubjetividad | 15 |
| La función parental y sus escollos | 18 |
| PRIMERA PARTE | |
| Aspectos teóricos | |
| 1 Los males de la parentalidad | 25 |
| Comprensión psicodinámica del desarrollo y de la organización de la personalidad adulta | 25 |
| Los procesos de parentalidad | 28 |
| Los conflictos de la parentalidad | 30 |
| La parentalidad «normal» | 30 |
| Los conflictos de la parentalidad neurótica | 31 |
| Los conflictos de la parentalidad masoquista | 32 |
| Los conflictos de la parentalidad narcisista | 34 |
| 2 Una psicoterapia centrada en la parentalidad (PCP) | 37 |
| Los ejes de la intervención de la PCP | 37 |
| El papel del niño | 39 |
| El concepto de la PCP | 39 |
| Los objetivos de la PCP | 41 |

| | |
|--|----|
| Quién se puede beneficiar de la PCP | 42 |
| a) Al adulto, mujer u hombre, que sufre en su parentalidad (independientemente de una dificultad del niño) | 42 |
| b) Al progenitor cuyo hijo siente un malestar | 43 |
| c) A la díada progenitor-hijo que presenta dificultad relacional | 44 |
| 3 La técnica de la psicoterapia centrada en la parentalidad | 45 |
| Las modalidades de la PCP | 46 |
| ¿Psicoterapia breve o de duración indeterminada? | 46 |
| El paciente designado ¿es el progenitor o el niño? | 48 |
| El encuadre | 50 |
| Las herramientas técnicas | 54 |
| Estrategias terapéuticas | 56 |
| Definir las relaciones de objeto dominantes | 56 |
| ¿Cuándo? | 59 |
| ¿Cómo? | 59 |
| Observar y nombrar los conflictos y defensas anclados en las relaciones de objeto dominantes: establecer el foco terapéutico | 60 |
| Estar atento a la respuesta del paciente | 62 |
| Reducir el foco a los objetivos del tratamiento (para las terapias breves) | 64 |
| Elaborar los conflictos identificados | 64 |
| Los diferentes momentos de la terapia | 66 |
| Primeras sesiones: evaluación, hipótesis, indicación | 66 |
| El encuentro | 66 |
| La queja, el motivo de consulta y el contexto en el que aparece | 66 |
| La exploración de la parentalidad actual | 67 |
| La exploración de las relaciones de objeto precoces | 68 |
| El desarrollo del niño | 69 |
| La síntesis diagnóstica y la determinación del foco | 69 |
| Continuación de la terapia | 70 |
| Fin de la terapia | 70 |
| El proceso terapéutico | 72 |
| Adaptaciones de la técnica y abordajes complementarios | 75 |
| En caso de conflicto de parentalidad narcisista | 76 |

| | |
|---|----|
| Cuando la realidad externa está gravemente perturbada | 77 |
| Cuando el niño presenta un trastorno grave del desarrollo | 78 |
| El papel del terapeuta como apoyo educativo | 78 |
| La flexibilidad del terapeuta | 79 |

SEGUNDA PARTE

Aplicaciones clínicas: «Los desafíos de la parentalidad a través de las edades»

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | La PCP en caso de amenaza de parto prematuro | 83 |
| | Embarazo y proceso de maternidad | 84 |
| | Modelo de comprensión | 85 |
| | Desarrollo de la intervención y encuadre terapéutico | 86 |
| | Actitud del psicoterapeuta | 87 |
| | Herramientas y técnica | 88 |
| | Primera sesión | 88 |
| | Segunda sesión | 91 |
| | Tercera sesión | 94 |
| | Sesiones siguientes (10-12 máximo) | 95 |
| | Sesión posparto y fin | 96 |
| | Viñeta clínica | 96 |
| | Anamnesis | 96 |
| | Intervención psicoterapéutica | 97 |
| | Conclusión | 102 |
| 2 | La PCP durante el parto y el posparto y en caso de depresión perinatal | 103 |
| | Los procesos psíquicos del periodo perinatal | 103 |
| | La díada progenitor-niño | 105 |
| | La PCP durante el periodo prenatal | 106 |
| | La PCP durante el embarazo | 107 |
| | La PCP durante el posparto | 111 |
| | Ilustración clínica | 113 |
| 3 | La PCP en el bebé y el niño pequeño | 119 |
| | Ejemplo clínico de un niño en edad preescolar | 120 |
| | Comentarios | 122 |
| 4 | La PCP con el niño en edad de latencia | 125 |

| | |
|---|-----|
| Ejemplo clínico de una niña de 9 años | 126 |
| Comentarios | 128 |
| Continuación de la terapia | 128 |
| Comentarios | 129 |
| Continuación de la terapia | 130 |
| 5 La PCP y el adolescente | 131 |
| Ejemplo clínico de un adolescente de trece años | 132 |
| Comentarios | 136 |

TERCERA PARTE

Algunas problemáticas específicas

| | |
|---|-----|
| 1 La PCP cuando el niño sufre de trastorno grave del desarrollo | 139 |
| Parentalidad con un niño afectado de un trastorno grave de la relación y del desarrollo | 139 |
| El <i>duelo del desarrollo</i> de la parentalidad | 140 |
| El conflicto edípico intrínseco a la parentalidad | 140 |
| Narcisismo y parentalidad | 141 |
| Una parentalidad difícil: del duelo del desarrollo al duelo del niño normal | 142 |
| Las particularidades del trabajo psicoterapéutico con estos padres | 143 |
| 2 La PCP cuando el niño padece trastorno alimentario | 147 |
| Ilustración clínica | 149 |
| 3 La PCP y la conyugalidad | 153 |
| Viñetas clínicas | 156 |
| Gastón y Melania | 156 |
| Aurora | 157 |
| Conclusión | 159 |
| Anexo. Entrevista R. Versión adaptada para el periodo prenatal | 163 |
| A. Acontecimientos | 163 |
| B. Apoyo emocional percibido | 165 |
| C. El embarazo en sí y el niño esperado | 167 |
| Bibliografía | 175 |
| Sobre los autores | 185 |