

en Clave Ψ a

Julio

07

2013



En Clave Psicoanalítica

Revista digital de  AECPNA

Dirección y Coordinación:

Iluminada Sánchez García
Freya Escarfullery

Asesoramiento y Elaboración Técnica:

Nicolás Dias

Ha colaborado en este número:

Andrea Souvirón

AUNANDO FUERZAS...

Acabamos este curso con la perspectiva del siguiente, en el que, una vez más, ACIPPIA, AMPP y AECPPNA, nos hemos unido para compartir y trabajar sobre la Clínica Psicoanalítica en su Presente y Futuro. La primera Jornada dedicada a esta temática será el 5 de octubre.

Los detalles de nuestras próximas **Actividades** - Curso de Formación Post-Grado, Conferencias, Seminarios, Cine Forum, Sesiones Clínicas, Centro Hans... - las encontraréis aquí, en su sección.

También podéis seguirnos en:

- Twiter: @psicoanalitica_
- Facebook: www.facebook.com/escuelapsicoanalitica
- En nuestra web: www.escuelapsicoanalitica.com

Contacto: info@escuelapsicoanalitica.com

Tel.: 91.770.21.92

INDICE

1	ACTIVIDADES. PERMANENTES EN LA ASOCIACIÓN ESCUELA	5
2	ENTREVISTA	6
2.1	ENTREVISTA A ALBERTO EIGUER*. POR ANDREA SOUVIRÓN**	6
3	ARTÍCULOS	10
3.1	LAS CONSECUENCIAS DEL DUELO NO ELABORADO EN LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL. DIANA CAULO*	10
3.2	NIÑOS TESTIGOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. ESTELA WELLDON*	33
4	PSICOANÁLISIS Y CULTURA	44
4.1	REFLEXIONES SOBRE LA PELÍCULA “LAS LLAVES DE CASA”. CELIA BARTOLOMÉ Y CARMEN DE LA TORRE*	44
4.2	CLINICA PSICOANALÍTICA EN ADOLESCENTES. SUS VICISITUDES. DE MARÍA HERNÁNDEZ, SABIN ADURÍZ, MANUEL DE MIGUEL Y MAGDALENA CALVO SÁNCHEZ SIERRA. COMPILADORAS: ALICIA MONTSERRAT Y MANUELA UTRILLA. EDITORIAL BIBLIOTECA NUEVA, S.L. MADRID 2013	54
4.3	LA TZIBELES. CUENTOS SOBRE EL ABSURDO DE LA IDENTIDAD. DE JAIME ISAAC SZPILKA ZACHAREK. MENTECATA EDITORIAL. 2013	55
4.4	Y DE MI SUFRIMIENTO ¿QUÉ?. UN RECORRIDO POR LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. DE NORAH TAMARYN. EDITADO POR NORAH TAMARYN, WWW.NORAH-TAMARYN.COM	56
5	PADRES E HIJOS	60
5.1	EL DUELO EN LA INFANCIA. SUS DISTINTAS MÁSCARAS. GABRIEL IANNI*	60
5.2	CENTRO HANS	62

1 ACTIVIDADES. PERMANENTES EN LA ASOCIACIÓN ESCUELA

Estas son las actividades permanentes de la Asociación-Escuela:

- Módulos de Formación
- Sesiones Clínicas (entrada libre)
- Seminarios
- Conferencias
- Mesas Redondas
- Talleres Teórico-Clínicos
- **Revista:** Nace con el propósito de abrir el círculo y acercarnos a otros profesionales y público en general interesado en el psicoanálisis.
- **Cine:** Dentro del marco formativo de la Asociación Escuela, se realizan encuentros para la reflexión – desde una óptica psicoanalítica - sobre la infancia y la adolescencia a través de la narración cinematográfica.
- **Biblioteca:** Se ha puesto en marcha la creación de un fondo bibliográfico de temas afines a la formación que imparte la Escuela, al que pueden tener acceso alumnos, profesores y socios. Aprovechamos para dar las gracias a todos los que están engrosando el fondo con sus donaciones.

Oportunamente se irá informando sobre las fechas de cada actividad. Las ya programadas son:

- **Julio 2013.** Se ha abierto el plazo de matrícula para el curso 2013-2014, con un **10% de descuento** sobre el importe de la matrícula para aquellos

que se inscriban en el curso completo, y que la realicen durante el mes de julio 2013.

- **30 de septiembre:** Conferencia Inaugural del curso 2013-2014, a cargo de Iluminada Sánchez, psicoanalista. **“Las Reglas del Juego. Padres, niño y terapeuta sobre el tapete”**
- **Octubre:** Se inician las clases del Curso de Post-Grado de nuestra Asociación. Está abierto el plazo de matrícula, con descuentos para los matriculados en Julio.
- **5 Octubre:** Siguiendo con el Ciclo **“Clínica Psicoanalítica: presente y futuro”**, ACIPPIA, AMPP Y AECPNA presentan al Dr. Maurizio Balsamo, Psicoanalista, miembro de la Sociedad Italiana de Psicoanálisis y de la IPA.
- **Noviembre:** Seminario de formación: **“Teoría de la Técnica”**, por Iluminada Sánchez. Psicoanalista.
- **Noviembre.** Sesión Clínica: **“Maternidad y Reproducción Asistida: una escucha psicoanalítica sobre las nuevas fórmulas de la maternidad hoy”** por Marjorie Gutiérrez Fontaines y Marta Villarreal López.

Para recibir periódicamente información sobre éstas actividades u otras, enviar un e-mail con el nombre y la dirección de correo electrónico a info@escuelapsicoanalitica.com

2 ENTREVISTA

Este será un espacio de encuentro y conversación, de acercamiento en definitiva, a profesionales del ámbito psicoanalítico o de disciplinas afines al mismo, cuyas aportaciones o proyectos favorezcan y enriquezcan nuestro estudio y tarea como psicoanalistas.

En este número:

Andrea Souvirón entrevista a **Alberto Eiguer**

2.1 ENTREVISTA A ALBERTO EIGUER*. POR ANDREA SOUVIRÓN**

En Clave Ψ^a : Quisiéramos conocer más sobre su trayectoria, de cómo llegó al psicoanálisis, quienes han sido sus maestros y en qué momento y qué es lo que marcó la dedicación de gran parte de su energía y esfuerzo al estudio y la práctica clínica de las perversiones.

Me formé en la Argentina con João Mariante, Enrique Pichon-Rivière, Willy Baranger, Alberto Tagliaferro, que fueron mis analistas, desde joven y siendo aún estudiante. Me consagré a la psiquiatría y al psicoanálisis después de unos pocos años de clínica médica donde, al trabajar en un servicio de guardia todos los sábados, me interioricé con el hecho que este día de la semana la patología psíquica era muy importante, incluso distinta, que los otros.

La influencia de Pichon-Rivière fue determinante, tanto en la escuela que él dirigía como en otros contactos, por ejemplo, fue él quien me permitió trabajar en una terapia familiar, por vez primera. Ya entonces me llamó la atención el interés de mi mentor por las perversiones. Pichon-Rivière identificó una defensa que llamó clínica como característica de éstas. Luego vine a Francia para continuar mi formación, donde tuve muchos maestros

distinguidos, A. Green, C. Holande, S. Lebovici, D. Anzieu, R. Kaës.

El trabajo clínico con familias de psicóticos me permitió observar cómo el funcionamiento perverso colectivo incidía negativamente en el funcionamiento psíquico de éstos: desvalimiento, desorden de su identidad, pensamiento, pragmática, su dependencia masiva. ¿No sufrirían de una descalificación en los vínculos que los priva del derecho autónomo a fantasear, sentir, opinar, moverse? Luego me llamó la atención que estos pacientes salían a veces de su marasmo adoptando defensas perversas que se asemejaban a aquellas que habíamos ubicado en los vínculos familiares. Esto fue el principio de una larga aventura donde progresivamente se ampliaron mis campos de estudio y más allá de lo que imaginé pues hoy no sólo vamos en busca de las patologías perversas sino, si Ud. permite, estas patologías vienen a buscarnos: recibo demandas explícitas de ayuda tanto de pacientes como de sus familiares.

En otros términos, vivimos una época en la que la perversión se desarrolla en la sociedad (ello ha sido probado por medios científicos) y

las investigaciones y las acciones terapéuticas para responder a las dificultades clínicas se asientan y amplían de manera sostenida.

En Clave Ψ^a : ¿Podría afirmarse la existencia de una marcada tendencia hacia la institucionalización del discurso perverso en distintos ámbitos de nuestra sociedad?

La utilización de mecanismos perversos en las instituciones o en la comunidad es antigua pues es un medio de poder particularmente eficaz para llevar a cabo los designios de los que lo detentan, aunque contraríen los ideales y las aspiraciones de los gobernados. La perversión autoriza a ignorar la ley y permite sojuzgar “sin dejar marcas”, es decir utiliza un método insidioso y disimulado. Tal vez hoy lo percibimos mejor. Cada vez que la sociedad avanza, surgen orientaciones hacia la manipulación y la instrumentalización de otros, por ejemplo en el Renacimiento se configura el maquiavelismo en política.

En la clínica observamos cómo los pacientes perversos saben argumentar con pertinencia para apoyar sus objetivos de desestabilizar a los demás, quienes aceptan llamativamente un avasallamiento que les es nefasto.

En Clave Ψ^a : Actualmente, parece posible constatar un aumento de la violencia en lo relacional. Según su experiencia, ¿Cuáles serían los desencadenantes o los signos que nos llevan como profesionales a observar este incremento? ¿Qué papel le otorgaría a las nuevas tecnologías?

La violencia perversa relacional está en aumento. Lo vemos en la manera en cómo se menoscaba la identidad del otro ignorando sus sentimientos, gustos, anhelos. Es perverso porque se desvía de lo que hace a los vínculos, es decir ponerse en el lugar del otro y responder en consecuencia, reconocerlo, sentirse responsable por él; en fin respetarlo. La perversión postula, desde este ángulo, una

inversión de la lógica del apego, de la investidura y del compromiso hacia el otro. La lógica de la perversión representa un panegírico de la abyección: cuando más feo (un gesto, un acto), más lindo es; cuando más indigno, más digno es; cuando más depravado, más moral es, etc.

Asistimos como signos de esta evolución entre los adolescentes jóvenes el hacer daño por hacer daño, o a concursos a quién hace mejor el amor públicamente. Notamos también humillaciones en grupo de los chicos vulnerables, chantajes, violaciones colectivas, divulgación de videos y fotos en teléfonos portables e internet. Son “atentados a la intimidad”. Contribuyen a ello, como ve, los progresos tecnológicos. Se desarrollan nuevas adicciones, por ejemplo, a Internet y a nuevas sustancias. Si un adolescente envía cientos de textos con su celular por día, ¿puede llegar a decir algo de sí mismo, expresar su sentir íntimo?

La gente se siente sola de más en más y, entonces, vende una parte de lo que le es precioso con tal de tener compañía.

En Clave Ψ^a : Puesto que nuestra Asociación-Escuela dedica su labor al estudio del universo Infanto-juvenil, nos gustaría preguntarle por la Adolescencia; piensa que la adolescencia de hoy es equiparable a la adolescencia de ayer? ¿Podría nombrar algunas de las características que, bajo su punto de vista, singularizan a los adolescentes que hoy llegan a su consulta?

Los adolescentes actuales manifiestan, en efecto, violencia y atropello hacia los mayores y tal vez más que antes: eso puede tener que ver con los malos-entendidos ligados a los cambios en la familia contemporánea: falla de la autoridad parental concomitante con una adquisición de nuevos derechos por la mujer y los niños. Vemos cada vez más padres

agredidos oral, física y sexualmente por sus vástagos. Los tiranos se transformaron en víctimas... pero es siempre tiranía. La arrogancia juvenil deja entender falta de seguridad y una fuerte vulnerabilidad. Habría una alteración acentuada en cuanto a la introyección y la integración psíquica de la ley simbólica.

En Clave Ψ^a : En lo referente a la realización de su trabajo como clínico especializado en patologías perversas, ¿con qué obstáculos o dificultades se ha encontrado a la hora de plantearse su práctica profesional?

He tenido que orientar mi cuestionamiento personal hacia dos direcciones.

¿Cómo hacerme entender por estos pacientes reacios generalmente a tratarse sin caer en complicidades a las que su orientación patológica los incita espontáneamente al tratar de comprometer a otros en su atropello de la ley?

¿Cómo orientar el trabajo de manera a sondear la intimidad de sus conflictos inconscientes de los cuales ellos mismos son tan extraños?

Me ayudaron a ello las investigaciones de J. S. Mill quien sostuvo que la gravedad de los delitos se debería medir por los efectos sobre otros, las víctimas. Los perversos, como los psicópatas, no tienen ninguna consideración por los sufrimientos que provocan. Lo ignoran. Desde el punto de vista jurídico, importa tanto la desviación en relación con la ley como las consecuencias sobre otros. Ello dio lugar a amplios debates en el campo del derecho. En nuestro campo surgen interrogantes: ¿Por qué estos individuos no pueden reconocer el daño que hacen? Es así como llegamos a recentrar nuestro quehacer en la representación del otro en la psiquis del paciente. Este desarrollo representa una tarea inmensa, pues el otro es ignorado como persona y en todo lo que se deduce de esto, su afecto, su sensibilidad, su

vida interior, los vínculos con sus allegados, en suma su humanidad. Dicho en otros términos, antes de poder abordar el eje superyó-yo del perverso, el trabajo sobre la representatividad de la alteridad es primordial.

En Clave Ψ^a : ¿Cuáles serían las diferencias clínicas que nos guiarían a pensar en una psicopatía y no en una perversión?

Evitando de ser esquemático pues las formas mixtas se manifiestan, le diría que el psicópata manifiesta mayor tensión y sus actos son irreprimibles; es impulsivo sin poder entender lo que hace pues su pensamiento no se lo permite, mientras que el perverso es calculador y secreto, puede controlarse, tiene tendencia a escurrirse y de hecho su capacidad de razonamiento está conservada aunque desplegada de manera privilegiada para servir sus designios de dominio. Por ello es arduo confrontarlo a sus actings out.

En el fondo cierta dimensión paranoica se hace sentir en el psicópata, mientras que el perverso suele estar más sometido a afectos de pérdida, de los que por cierto no tiene consciencia, pues para ello es menester disponer de mirada hacia sí mismo y admitir su propio dolor. Pero ambos son “atropelladores” con los demás. Se trata tanto de atropello de las normas como de las personas.

En Clave Ψ^a : ¿Cuál es la especificidad que comporta el término “Perversión Narcisista (PN)”?

El término perversión narcisista es una forma de perversión de carácter o de comportamiento donde la patología narcisista es central. Se trata de sujetos que tienden a valorizarse en detrimento de otros. Tal es la definición propuesta por Racamier.

En Clave Ψ^a : ¿Cómo piensa la angustia en estos pacientes? En relación a este tema, ¿Cómo podríamos pensar la demanda?

Es frecuente que desde el punto de vista fenomenológico no tengan angustia, sino tensión. Cuando la angustia aparece es porque algo se está resquebrajando en la armadura defensiva del paciente, a veces por no encontrar coartadas como para escaparse de la situación cuando está por ser descubierto. Suelo pensar que la escisión del yo es aquí tan severa como la del átomo, que cuando se fisiona libera una cantidad extraordinaria de energía. Aparece angustia catastrófica, de pérdida de la integridad del yo, que solemos identificar como “psicótica”: hay emergencia del funcionamiento de un núcleo psicótico. Otras veces está en juego la pérdida de un sostén que por supuesto los pacientes no reconocen como necesario. Pero todo ello facilita el pedido de ayuda.

En Clave Ψ^a : Nos gustaría saber qué piensa con respecto a la idea que se ha defendido, y aún se defiende, con respecto a la inanalizabilidad de este tipo de pacientes.

Es una idea antigua que se basa en que una “demanda” es indispensable para analizarse; ahora vamos adquiriendo experiencia al respecto y creo que esta idea es insostenible

aunque es de lo más respetable que no se desee tomarlos en análisis. Es legítimo preguntarse igualmente si no se puede solicitar ayuda por gestos y comportamientos, es decir sin formulación explícita. La experiencia nuestra se ha enriquecido por las demandas de la justicia (más frecuente en los juzgados de niños), tanto es así como hoy en día numerosos padres y hermanos incestuosos, pedófilos, exhibicionistas, ciber-agresores sexuales, sádicos, masoquistas, frotteurs, mitómanos, pirómanos, están en análisis o en terapia analítica tanto individual, de grupo, de familia o de

En Clave Ψ^a : Ya para terminar, agradeciéndole de antemano el tiempo que nos ha concedido, ¿qué le diría a un joven psicoanalista que está en los albores de su carrera profesional?

Diría a un joven analista que ha elegido una carrera interesante, apasionante, conmovedora, que va ciertamente llevarlo a cambiar en sus criterios de vida, en su persona y que le brinda la ocasión inédita de mejorarse. Le diría también que se cuide mucho, como ya lo debe saber seguramente, y que no olvide de re-cuestionarse si es necesario a través de un nuevo análisis. El destino de nuestros pacientes está vinculado con el nuestro.

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

***Sobre el autor:** El Dr. Alberto Eiguer, es psiquiatra, psicoanalista (APDEBA, SPP), presidente de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de pareja y familia, director de investigaciones en el Laboratorio LPCP EA 4056, Instituto de psicología, Universidad René Descartes, Paris 5 Sorbonne-Cité, Francia. Director de Le divan familial, albertoeiguer@msn.com

****Sobre la Entrevistadora:** Andrea Souvirón es psicóloga, psicoanalista.

3 ARTÍCULOS

Este es un espacio dedicado a textos y reseñas de obras de autores psicoanalistas. En este número agradecemos las aportaciones de:

- **Diana Caulo**, “Las consecuencias del duelo no elaborado en la adopción internacional”
- **Estela Welldon**, “Niños testigos de la violencia familiar”

3.1 LAS CONSECUENCIAS DEL DUELO NO ELABORADO EN LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL. DIANA CAULO*

1. DIFICULTADES DEL DUELO Y CÓMO INFLUYE EN EL MENOR LO NO ELABORADO POR SUS PADRES ADOPTANTES.

El concepto de duelo implica todo un proceso complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y las relaciones con los demás.

Etimológicamente el término duelo significa “dolor” y también “desafío o combate entre dos”.

Ambas acepciones pueden aplicarse tanto al sufrimiento provocado por una pérdida y las partes del yo proyectadas e implicadas en la misma, como también al enorme esfuerzo psíquico y “el combate librado” que implica recuperar el ligamen con la realidad una vez que la pérdida ha tenido lugar.

Cuando se realiza “el proceso de duelo normal”, finalmente la realidad triunfa y

sobreviene la “aceptación” de la pérdida, pero es un requisito fundamental que se realice en “forma paulatina”, con un gasto de tiempo y energía psíquica muy grande.¹ . Al final de su labor en dicho proceso, el “yo” queda libre de todo sufrimiento y dispuesto para la aceptación de la realidad.

Ahora bien, vivir implica necesariamente pasar por una sucesión de duelos. El crecimiento en sí, el pasaje de una etapa a la otra, involucran pérdida de ciertas actitudes, modalidades y relaciones que, aunque son sustituidas por otras más evolucionadas, impactan al yo como procesos de duelo que no siempre son suficientemente elaboradas.

Dentro de estas pérdidas que las personas pueden encontrarse en determinadas etapas a lo largo de la vida está la imposibilidad de cumplir el deseo de realización de la paternidad biológica, que no es cualquier deseo, puesto que está muy arraigado y potenciado en la personalidad de los

¹ Grimberg.L (1994). Culpa y Depresión. Capítulo 13 “Duelo Normal y Duelo Patológico” Pág.140 y 142. Madrid: Alianza Editorial.

individuos y muy sobrecargado culturalmente en occidente, aunque la evolución social haya ido ofreciendo alternativas que afortunadamente hoy en día ya no suponen un prejuicio, ya sea el caso de que una mujer decida que no vivirá la experiencia de la maternidad de ninguna de las maneras como si una pareja decide adoptar.

No obstante, enfrentarse al hecho de la imposibilidad de procrear supone un “corte generacional”, un acontecimiento que normalmente no está dentro del campo de la psique de las personas que alguna vez se plantearon tener hijos (aunque en el discurso manifiesto escuchemos precisamente lo contrario) porque entre otras cosas esta posibilidad durante mucho tiempo no ha estado inscripta dentro de la transmisión de los valores culturales.

Por lo tanto, como todo acontecimiento vital no esperado mentalmente impacta al yo y dicho impacto produce, como hemos observado en determinados solicitantes, una serie de reacciones físicas (tanto en el plano vegetativo y neurovegetativo) y una serie de reacciones psíquicas.

Las reacciones físicas a las que nos referimos son: taquicardias, jaquecas y dolor de estómago.

Las reacciones psíquicas se manifiestan en ganas de estar solo, tristeza y no tener ganas de hablar del tema con la pareja en el momento de enterarse de tal noticia como nos ha sido referido por los solicitantes ante nuestra pregunta de qué habían sentido en el momento de saber que no sería posible la paternidad biológica.

Normalmente, teniendo siempre en cuenta las diferencias y excepciones, estos síntomas físicos o sentimientos según el caso, se dan al salir de las Clínicas de Fertilización inmediatamente después de haberles sido comunicada la noticia o en los días y/o semanas sucesivas.

Hemos observado que existe una relación de contingencia entre el contenido de la noticia y la aparición de los síntomas físicos y/o psíquicos.

Esta observación proviene de las múltiples entrevistas realizadas a los solicitantes.

Ante esto no nos puede más que surgir el interrogante de ¿qué ha pasado con este impacto y/o sentimientos que impregnaron a estas personas? ¿Se han esfumado en unas pocas semanas hasta desaparecer? o ¿se han disociado ² de la conciencia como mecanismo defensivo del “yo” para evitar estos sentimientos desagradables y poder así acomodarse según lo que permitan los recursos psíquicos de cada uno a esta nueva realidad?

Si atendemos al concepto expresado anteriormente por León Grimberg de que la psique necesita un tiempo prolongado para incorporar como propia una nueva realidad, ¿cómo entenderíamos que algunas parejas al mes de haberse enterado de esta noticia estén presentando solicitudes de adopción?

² Disociación: Concepto de la teoría Psicodinámica que hace referencia a quitar de la consciencia aquellos sentimientos que no pueden ser tolerados por el “yo” del individuo. Es un mecanismo de defensa.

Nos encontramos frente a una contradicción puesto que no se cumple el tiempo necesario para que ese impacto haya sido elaborado, sin embargo, esos sentimientos desagradables no están presentes en el discurso manifiesto y no lo están no por haber sido elaborados puesto que no se cumplen los requisitos necesarios para este proceso.

Entonces, ¿dónde han ido a parar? La experiencia clínica nos confirma permanentemente que el “afecto ligado a un hecho” no desaparece nunca; se elabora o se pone a disposición de los mecanismos de defensa y/oicos para alejarlo de la consciencia. Llegamos por tanto a la conclusión de que la primera pregunta no sería posible, que desaparezcan esos sentimientos, sino más bien lo segundo (que han quedado disociados del psiquismo del individuo). Por lo tanto se produce una pseudoadaptación a la nueva situación, que por definición, es lo contrario de la elaboración de un duelo.

En este contexto tan complicado y generalmente a las pocas semanas o pocos meses, la pareja comienza la tramitación para comenzar el Proceso de Adopción Internacional que abarca un mínimo de dos años de duración y que consta de varias etapas, de las cuales la Valoración de la Idoneidad es la última de ellas. Es un proceso bien estructurado y fundamentado y no nos vamos a detener en describirlo puesto que ya existe mucho material publicado al respecto.

En este trabajo hago referencia a que la pareja, y/o solicitante comienzan el proceso para la adopción sin haber asimilado esta nueva situación, tanto si han conocido la noticia hace tres meses, seis o un año.

Con lo cual, es lícito preguntarse qué ocurre con determinados solicitantes que no pueden

encontrar un espacio donde poder hablar y/o expresar estos sentimientos dolorosos de los que hemos hablado y rápidamente se ven envueltos en el Proceso de Adopción quedando una realidad (la que contempla la posibilidad de la paternidad biológica) sustituida por otra (la de la paternidad adoptiva) y todo esto reforzado por la vorágine de los trámites que no permiten pensar.

Cuando hablamos de “espacio” no me refiero sólo a un ámbito profesional sino también personal, ya que lo que se nos ha manifestado durante las entrevistas ha sido “con mi pareja no he querido comentar nada de cómo me sentía en aquél momento para no hacerle daño, ya bastante mal estaba él o ella”, “a mis padres mejor no comentarles nada porque bastante han sufrido ya con todo esto”, “con los compañeros de trabajo me da o nos da vergüenza porque es un tema muy personal” y “a los amigos no les gusta que uno vaya con problemas”.

Es a estos casos a los que vamos a referirnos, por lo cual la dificultad fundamental no asumida que nos encontramos en determinadas personas que acuden a la Valoración de la Idoneidad para la Adopción Internacional, como es natural por el tema en cuestión, es la imposibilidad de ser padres biológicos que se intenta solucionar, frente a la angustia que esto les crea, con la posibilidad de la adopción; como el recurso que les permite “tener el hijo que siempre quisieron”.

Esto ocurre incluso en los casos en que la decisión de la adopción es pensada como tal idea, en el sentido de los pro y los contra, la duración del proceso, adquisición de la información, etc. (recordemos que el proceso de Adopción pasa por diversas etapas y requiere un tiempo mínimo de dos años) y si bien, esto ayuda mucho y podríamos

entenderlo como que disminuye la probabilidad de actuación, de impulsividad, no significa en determinados casos particulares haber elaborado el dolor que significa no poder tener un hijo y la afrenta narcisista³ que esto conlleva.

Afrenta que comienza durante el doloroso proceso de fertilización, que moviliza todo tipo de sentimientos de pérdida, tales como angustias de separación, de destrucción, de aniquilación física (por la agresividad de los tratamientos médicos), de pérdida de la autoestima y de muerte cuando se producen los abortos. Acto seguido todo comienza a girar alrededor del “tener” como mecanismo sustitutivo frente a la pérdida.

Hay que “tener” el hijo como sea y cuando fracasan los métodos asistidos, rápidamente están inmersos en el Proceso de Adopción enviados por los facultativos sin haber podido exteriorizar todo este bagaje de sentimientos.

Nos hemos encontrado casos en los que hacía sólo dos meses los solicitantes habían estado inmersos en el Proceso de Fertilidad Biológico. Salen de los exámenes diagnósticos y ya están dentro del proceso sin haber tenido tiempo para pensar si quieren o no ser padres adoptivos, si quieren tener ese niño que no es el que en un principio ellos habían pensado, aunque en el discurso nos manifiesten lo contrario enunciando frases como “siempre pensamos en adoptar, antes de saber de nuestra esterilidad” (Curiosos enunciados éstos).

³ Herida sentida en el “yo” que no puede ser elaborada afectando a la autoestima en su totalidad.

La cuestión que se plantea es ¿el hijo que van a adoptar es el que realmente quisieron tener? ¿O es la manera de tapar una herida narcisista?⁴, entendida ésta como una herida en el “yo”, en la instancia psíquica que afecta a la autoestima y/o valoración de uno mismo.

Cuando hablamos del “tiempo”, no nos referimos al tiempo cronológico, puesto que como ya hemos expresado anteriormente el Proceso de Adopción Internacional abarca diversas etapas, de las cuales la Valoración para la Idoneidad es la última y más compleja de todas puesto que es en ésta donde las personas “se paran” a pensar en ellas mismas porque el objetivo de la misma es la confrontación con su propia historia a través de las indagaciones que hay que realizar para obtener los datos biográficos; es decir, se ponen en contacto “consigo mismas”.

El tiempo del que hablamos es el “tiempo subjetivo” que necesita el psiquismo para adaptarse a una nueva realidad, aunque ésta sea imaginaria, porque estamos hablando de “proyecto de adopción” que implica un tiempo futuro y la nueva realidad es pasar de haberse imaginado la pareja como padres biológicos a “verse” como padres adoptantes cuando se enteran de su imposibilidad para procrear.

Con respecto a estas cuestiones considero que en algunos casos debido a las propias dificultades individuales y/o historia personal de cada uno, no pueden diferenciar internamente la petición que realizan durante el Proceso de Adopción del niño que inicialmente habían pensado, (o sea el biológico), del niño al que pretenden acceder (o sea el adoptado); por lo que se necesitaría

⁴ Sinónimo del concepto anterior.

un trabajo psíquico para que la pareja pudiera advertir esto, no basta con señalarlo o enunciarlo varias veces durante el Proceso de Valoración porque como es justamente un proceso de valoración, debemos contar con el agregado del sentimiento de estrés que esto implica, por lo que los solicitantes están más preocupados por dar una buena imagen que por entender lo que les pasa por dentro, quedando así enquistadas y obturadas todas las emociones que producen esta frustración.

Recordemos que las entrevistas para la Valoración de la Idoneidad es el último eslabón de una larga cadena de sucesos estresantes y emocionalmente dolorosos ⁵ y que en algunos tratamientos de fertilidad pueden haber habido experiencias médicas traumáticas que hayan dejado huellas no sólo físicas sino también emocionales, y con cierta frecuencia nos encontramos solicitantes que con estas heridas entran en el Proceso de Adopción. La directiva del médico es “el camino que les queda es la adopción”, no se les brinda la posibilidad de la adopción como una expectativa diferente a elegir, para que lo piensen, para que se tomen su tiempo, sino como una situación alternativa que no implicara diferencias.

Esta situación es lo que muchas veces da lugar a las contradicciones manifiestas que nos encontramos en los solicitantes, como por ejemplo el hecho de no querer ingresar el dinero de las entrevistas en la entidad bancaria correspondiente sin lo cual no se puede comenzar el trabajo de evaluación, porque antes querían tener seguro el país en el que iban a adoptar, aunque se les explicara

que esto se realizaría al final del proceso, que no era necesario elegir el país al comienzo del proceso; es decir necesitaban una excusa para esperar y gente que podría ser idónea para la adopción si tuviera tiempo para madurar la idea, se nos presentan como no idóneos porque están confusos. Esta confusión que presentan los solicitantes, se refleja en el enunciado tantas veces escuchado de que tener un hijo biológico o adoptado es lo mismo; que se es padre de la misma manera y hay que explicarles por qué es distinto.

Hay que dedicar gran parte de las entrevistas a aclarar esto, aunque en los cursos previos de formación les haya sido brindada esta información, puesto que ésta es la primera etapa del proceso y uno de los objetivos fundamentales de la formación brindada a los padres adoptantes.

No se trata de falta de información por parte los profesionales dedicados a este cometido, sino de la transformación que ellos hacen en su mente, de la no diferenciación entre una circunstancia y otra. Es como si hubiera una necesidad de los padres adoptantes de “identificarse” con las otras familias. Cuando se intenta trabajar esto, afirman: “somos iguales que cualquier familia” o “el niño es como cualquier otro chico” o “lo criamos como si no fuera adoptivo porque somos como todas las familias”. O sea, “los otros” son tomados como baremo marcándose la diferencia que al mismo tiempo se niega.

Se trata de una identificación que se asemejaría a la categoría que Winnicott llamó falso self. Este falso self conduciría a un sentimiento de inautenticidad aspirando a ser “el doble de las otras familias” en lugar de asumir las diferencias que le proporcionarían la identidad como familia adoptante.

⁵ La Valoración de solicitantes de adopción. Criterios Técnicos y Manual de Entrevista Pág.13 (Edición de marzo de 1999). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Imprime Minerva

Como afirma Eva Giberti, se pretende que los hijos sean iguales que cualquiera, contradiciendo la “instancia fundadora” de esa familia ya que el hijo ocupa ese rango porque justamente no es como los otros⁶. En este sentido consideramos la “diferencia” como entidad integradora, como punto de partida para construir una nueva realidad, no en el sentido discriminativo o negativo de la misma. Pero cuando en las entrevistas se les plantea esto, lo reciben como una aclaración, no se produce una elaboración por parte de la pareja o el solicitante, es decir, lo aprenden, no lo elaboran porque no despierta angustia.

La angustia aparecerá o se la encontrarán (como de hecho ha ocurrido) cuando “ese hijo supuestamente conocido”, de repente se convierta en ajeno cuando pregunte por su madre biológica, elevándose la misma (la angustia) a la categoría de lo que Freud denominó como “lo siniestro”, artículo perteneciente al segundo tomo de sus Obras Completas., entendido esto como la terrible angustia que se despierta cuando se pierden los límites entre fantasía y realidad, cuando lo que se había tenido como fantástico aparece ante nosotros como real.⁷

⁶ Giberti E Chavanneau De Gore, S (1992) “Familias Adoptantes. Peculiaridades y Ordenamientos”. *Adopción y Silencios*, pág. 41-58. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

⁷ Freud, S (1919) “Lo Siniestro”. *Obras completas. Tomo Tercero*. Pág. 2483- 2505. Tercera Edición. Madrid: Biblioteca Nueva. Traducción directa del alemán, por Luis López-Ballesteros y De Torres. Ordenación y Revisión de los textos, por el Dr. Jacobo Numhauser Tognola.

Por lo tanto, nuestra apreciación es que si la pareja y/o solicitante hace esta disociación con el propio dolor, referido a no poder ser padres biológicos, (que viene ya del enquistamiento producido desde que recibieron la noticia de la infertilidad) difícilmente puedan ayudar a su hijo adoptivo a conectar con su historia previa de dolor. Tendríamos una carencia (la del hijo) frente a otra carencia (la de los padres).

Normalmente cuando en el curso de las entrevistas se les pregunta cómo harían para ayudar a su hijo en este proceso de adaptación, las respuestas más usuales suelen ser “acercándome, hablándole, acompañándolo”, pero sabemos que acercarse al dolor no depende de una actitud volitiva sino de la capacidad de elaborar duelos, de tolerar el propio dolor con respecto a lo que no se ha podido tener o ser.

En esta franja hay grados con respecto a esta tolerancia y tenemos que evaluar esto. Como ya es sabido cuando un duelo no se elabora, el psiquismo tiende a rechazar lo que produce el dolor; y un hijo adoptado es la presencia constante de ese hijo que no se ha podido tener. De esto deriva la importancia de lo enunciado.

Winnicott señala en su artículo “Los hijos adoptivos al llegar a la adolescencia” de 1955 que estos niños necesitan, además de la información, contar con una persona confiable que se ponga de su lado en su búsqueda de la verdad y que ésta comprenda que tienen que experimentar la emoción propia de la verdadera situación, “sólo así sentirán que el amor de su madre es verdadero y sólo así podrán alcanzar ellos también su propia capacidad de amar.”

Esta diferencia en el hijo adoptado se ve aún más agravada con el inicio de la pubertad donde sobreviene una necesidad de verdades fácticas, ya que la adolescencia fuerza a cada niño a buscar una nueva orientación con respecto al mundo y por lo tanto el concepto de diferencia se agudiza con respecto a “otros adolescentes biológicos”, tomando relevancia la preocupación por las cuestiones hereditarias y transmisión de factores genéticos desconocidos ⁸.

Insisto en que dentro de esta problemática de negación de la propia situación hay grados y ocurre aún en los padres que consideramos como aptos para la adopción, pero todas tendrán su influencia en el desarrollo del menor.

En relación con esto en los seguimientos se observan, aún en los menores que están evolucionando adecuadamente, mucha inquietud, ansiedad y mi apreciación es si esto se debe sólo a las vivencias traumáticas que el niño trae previamente o algo de lo enunciado anteriormente con respecto a las angustias y temores negados ⁹ de los padres adoptantes está presente en su desarrollo y éstos, en su defecto lo tratan como aquél primero que pensaron, aunque atiendan correctamente a otras cuestiones prácticas y

⁸ Winnicott. D.W. (1998) Libro: “Los niños adoptivos al llegar a la adolescencia” (1955). Acerca de los niños. Pág.175-188. Buenos Aires: Editorial Paidós

⁹ Negación: Concepto de la Teoría Psicodinámica que hace referencia al mecanismo de defensa en virtud del cual el sujeto a pesar de formular sus deseos, ideas o sentimientos, sigue defendiéndose, negando que le pertenezcan. Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean Bertrand Pontalis (1971). Barcelona: Editorial Labor, S.A. Pág.243.

logísticas de su realidad como por ejemplo, la revelación de sus orígenes.

La consecuencia de esto es que el niño ocuparía un lugar sustitutivo, no asumiéndose éstos como padres adoptivos y por lo tanto no atendiendo a las necesidades más profundas del menor, queriendo funcionar como padres biológicos y no dándole a su hijo su verdadero lugar. Es en este punto donde nos encontramos con las estadísticas de los fracasos.

Hay cuestiones que se tratan igual que con un hijo biológico y esto nos reafirma la evidencia de una gran contradicción. Por ejemplo, citaré el caso de un niño de cuatro años de edad, observado durante el Proceso de Seguimiento, entendido éste como la actividad de los profesionales del Turno de Intervención para la Adopción Internacional consistente en la observación de la adaptación mutua entre los menores y sus padres adoptantes con la finalidad de proporcionar apoyos a ambos para que ésta sea la adecuada.

El menor estaba evolucionando favorablemente. Llevaba tres años en el hogar cuando sus padres decidieron dejarlo una semana en casa de familiares en otro lugar geográfico de España porque estaban realizando remodelaciones en la casa. Transcurrida una semana cuando fueron a recogerlo el niño lloraba de la emoción al verlos y no se separaba de ellos. Sus familiares (los abuelos) contaron que los primeros días de la ausencia de sus padres el menor estuvo más nervioso de lo normal. Aparecieron además comportamientos repetitivos que me hicieron inferir que se trataba de conductas obsesivas mediante las cuales controlaba su necesidad de sentirse seguro; por lo que pudo concluirse que la ausencia de sus padres tuvo en este niño una dimensión y registro mental diferente de la que

hubiese tenido un hijo biológico que se queda unos días en casa de los abuelos.

La ausencia temporal de sus padres se transformó en pérdida y supuso un retroceso en la evolución de autonomía que el menor había adquirido hasta ese momento. A su regreso al hogar le costaba separarse de sus padres para ir a jugar a casa de un amiguito, lo que anteriormente hacía sin dificultades.

Esto nos demuestra que los niños también se ven enfrentados a la necesidad de elaborar duelos, tanto por sus circunstancias particulares como por las exigencias de su desarrollo, pero no pueden realizar este cometido si las interferencias de la realidad se producen cuando no es el momento evolutivo y emocional adecuado para ellos.

El duelo en el niño tendrá unas características peculiares de acuerdo al momento de su desarrollo y a las circunstancias concomitantes, pero como en el adulto estarán condicionadas a la forma en que se hayan elaborado los más precoces.¹⁰ En esta situación concreta, la elaboración por parte del niño sólo es posible mediante la construcción de un vínculo que a través de su constancia en el tiempo actúe como vínculo corrector de las experiencias traumáticas anteriores. Es decir, al duelo normal del desarrollo, en los niños adoptados tenemos que agregar las pérdidas a las que han tenido que enfrentarse muy precozmente, de padres, hogar, país, musicalidad del idioma, cuidadoras, etc. No tener una filiación biológica significa que ha

habido una ruptura en algún momento de la vida.¹¹

Existen opiniones dispares entre el paralelismo que se plantea entre el duelo en la infancia y en el estado adulto. Mientras algunos autores plantean que no existen diferencias, otros como Helen Deutsch¹² afirman que lo que “el yo más maduro” puede experimentar como “pena o duelo” el yo de la temprana infancia lo puede vivenciar como angustia de separación.

Por supuesto que en el ejemplo clínico expuesto anteriormente, sus padres eran idóneos (recordemos que el menor estaba desarrollándose favorablemente), pero “se les olvidó” (negaron), su situación particular de padres adoptantes y no tuvieron en cuenta el factor tiempo, en el sentido de que lo que importa no es el tiempo cronológico (en este caso una semana, lo que visto desde esta perspectiva no significa demasiado) sino la vivencia subjetiva del mismo que resultó ser una eternidad para este niño porque reactivó la angustia de separación que ya había experimentado anteriormente.

En este punto es donde se articula la importancia de la elaboración que deben realizar los padres, en el sentido de que no pueden tratarlo como a un niño biológico de tres años que se queda una semana en casa

¹⁰ Grimberg. L.(1983) “El duelo en los niños” Culpa y depresión Pág.196-207 Madrid: Alianza Universidad Textos.

¹¹ Palacios. J Catedrático de la Universidad de Sevilla. Curso Formativo impartido para los profesionales del Turno de Intervención Profesional para la Adopción Internacional en la Universidad de Sevilla en el año 2001.

¹² Grimberg. L (1983) “El duelo en los niños”. Culpa y Depresión. Pág.196-207. Madrid: Alianza Universidad Textos.

de sus abuelos, pero con la particularidad de que éste último nunca vivió situaciones traumáticas ni desestabilizadoras de separación de las figuras primordiales.

Bowlby¹³ otorga especial importancia a las reacciones que se producen como consecuencia de la separación del niño de la madre clasificándolas en tres fases: las reacciones de “protesta” que corresponden a la ansiedad de separación, las de “desesperación” que expresan pena y duelo y la de “desligamiento” que puede implicar tanto una defensa como una elaboración. Según este autor si la ausencia de la madre es temporaria se evidencia sólo la primera de estas fases: angustia de separación como hemos visto en nuestro caso.

La angustia de separación perduró bastante tiempo y se reflejaba en que cuando sus padres se ausentaban para ir a trabajar, el menor preguntaba luego muchas veces cuándo iban a volver; esto tampoco sucedía antes de “sus pequeñas vacaciones” en casa de los abuelos. Esta tentativa de controlar la angustia o ansiedad de separación se refleja también en los niños adoptados que no han sufrido separación alguna de sus padres adoptantes.

Expondré un ejemplo de ello en otro caso trabajado durante el Proceso de Seguimiento. Me referiré a un menor de tres años de edad cuya evolución personal y familiar era la esperada. Durante la entrevista de juego diagnóstica para dicha evaluación, hacía objetos con plastilina y cuando los desplazaba

de un lugar a otro de la mesa decía: “todos juntos” y ante mi tentativa de separar uno del conjunto, rápidamente lo cogía y lo volvía a incorporar diciendo: “no, que si no este llora, tienen que ir todos juntos”.

Como afirma León Grimberg¹⁴ el niño dramatiza a través de su actividad lúdica sus sentimientos, e intentos de elaboración. En esta viñeta lúdica se evidencian los intentos del menor por comunicar y controlar la ansiedad de separación para así poder modificarla. La relación de este niño con sus padres era excelente en la vida cotidiana y así se desplegó durante toda la entrevista. Conmigo se mostró de una manera muy extrovertida y confiada, es decir, sus padres lo estaban haciendo muy bien en cuanto al vínculo de confianza que estaban creando con él y debido a ello podía extenderse a las demás personas. Por lo tanto, no se correspondía la forma de relacionarse de este niño con la ansiedad de separación que aparecía durante la entrevista de juego evaluativa.

Indagando con sus padres qué podía estar preocupando tanto al menor como para que no pudiera separarse apareciendo la dramatización del llanto si así lo hacía, surgió que éstos tenían planes de realizar una segunda adopción y habían hecho comentarios a otras personas adultas en su presencia, acerca del acontecimiento de ir a buscar al otro menor que implicaba desplazarse a otro país y separarse de él. Como podemos observar el temor a la separación con sus padres estaba presente en este niño y se estaba repitiendo una ansiedad anterior puesto que había pasado por varias

¹³ Grimberg , L.(1983) “ El Duelo en los niños”. Culpa y Depresión Pág.196-207. Madrid: Alianza Universidad Textos.

¹⁴ Grimberg , L (1983) “El Duelo en los Niños”. Culpa y Depresión. Pág. 196-207. Madrid: Alianza Universidad Textos.

casas de acogida antes de ser adoptado, reeditándose esta situación frente a la posibilidad del futuro viaje de sus padres.

Evidentemente cuando esto ocurría era muy pequeño, pero que no haya sido estructurado el recuerdo de estos hechos debido a su corta edad, no significa que la sensación y/o percepción de los mismos no haya sido registrada en su psiquismo.

Margaret Mahler¹⁵ afirma que estos procesos son muy rudimentarios y son estados breves, ya que en estos períodos infantiles el “yo no puede sostenerse si no se defiende rápidamente de sus pérdidas de objeto”, pero quedan incorporados en el psiquismo. Esto evidencia que aún no se había forjado la solidez del vínculo para que sus padres pudieran dejarlo varias semanas, que es la estadía de tiempo establecido más o menos variable, que requiere la Adopción Internacional en el país de origen cuando se va a recoger al menor. Por lo tanto se aconsejó la postergación de esta segunda adopción hasta que las circunstancias emocionales del menor lo permitieran.

A diferencia del caso anterior, estos padres tenían un mayor reconocimiento de su identidad como padres adoptantes, lo que hizo posible una vez visualizada la ansiedad de separación en el menor, el planteamiento de esta duda con la consecuente profilaxis en el menor. Esto demuestra como la elaboración del duelo por parte de los padres, o lo que es lo mismo, asumir que la situación es diferente, influye positivamente en la salud psíquica de los menores adoptados.

Por lo tanto, por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que hacemos aproximaciones para la idoneidad y esto no significa que los padres tengan elaborado el conjunto de variables que representa la adopción de un menor.

Hay muchos aspectos que se quedan en la superficialidad y que requieren de la propia experiencia para que los padres tomen consciencia de ello, ya que sus propias dificultades en dicha elaboración también repercutirán u obstaculizarán el duelo y la reparación interna que deben realizar sus hijos adoptivos.

Si los padres adoptivos no tienen claro en qué terreno se están moviendo, no es posible el consecuente cambio de actitud con respecto al hecho de tener que ser más cuidadosos con las separaciones y tener presentes que no pueden ausentarse de la misma manera que si se tratara de un hijo biológico que no ha estado sometido a estas tensiones más primarias. En este caso, se puede “patologizar” la pérdida en el menor y dar lugar a las manifestaciones clínicas de tristeza y llanto. Ésta no asunción de la parentalidad adoptiva, se puede reflejar también a través del rechazo de ciertos aspectos físicos o emocionales que presentan los menores que no son más que aspectos rechazados de los propios padres adoptantes.

Es de recalcar la observación que cuanto menos asumida está la esterilidad, el psiquismo de los padres presenta mayor rigidez en estas cuestiones y más necesitan al niño occidental que se parezca a ellos. Nos referimos a los casos en que los solicitantes establecen una disociación con respecto a los

¹⁵ Grimberg, L (1983) “El Duelo en los niños”. Culpa y Depresión. Pág. 196-207. Madrid: Alianza Universidad Textos.

rasgos físicos diferentes que presentan los menores con respecto al mundo occidental.

Esto representa una gran contradicción si tenemos en cuenta el contexto cultural y la dimensión social en el que se enmarca la Adopción Internacional en Andalucía, en que existen variedad de países no occidentales para realizar la misma.

Citaré un ejemplo. Una solicitante quería adoptar una niña de nacionalidad china y en una de las entrevistas manifestó que las personas de esta nacionalidad eran muy feas, por lo que le fue señalado que ella iba a adoptar una niña de esa nacionalidad. La respuesta fue “sí, pero es pequeña y todas son muy bonitas”, negando con esa afirmación que esa niña finalmente crecerá y se convertirá en una persona que presenta las características físicas de aquella nacionalidad por las que ella siente un rechazo, que era lo que estaba expresando de una manera contradictoria. El hecho de haber tomado consciencia de esta contradicción hizo posible que cambiara sus expectativas de adopción con respecto a otros países.

Otro ejemplo se refiere a una pareja idónea para la adopción cuyo hijo adoptivo tenía más empatía y demostraciones de afecto con su padre que con su madre, puesto que el apego depende de las experiencias que el niño ha vivido con anterioridad. Su madre estaba mediatizada por cómo había sido su experiencia con su propia madre, en la cual no se había sentido acogida ni comprendida y por lo tanto no había sentido los suministros emocionales necesarios para sentirse segura en los vínculos. Esta inseguridad emocional de esta madre adoptante, traía como consecuencia que se sintiera muy dolida por estos comportamientos del niño, expresando ya de regreso en el hogar: “al llegar a la casa

seguía sin echarme cuenta. Luego comenzó a abrazarme y a quererme y ahí me tranquilicé”.

Como puede apreciarse en este enunciado aparece una necesidad afectiva desmedida en esta madre que tiene que ver con las carencias emocionales que ella ha vivido con anterioridad, sin menospreciar los sentimientos de rabia que esto le originaba y que estuvieron presentes en todo momento. Esta situación como tal, obedece a una necesidad de satisfacción narcisista, en el sentido de pretender encontrar en el vínculo con su hijo lo que no hubo con anterioridad en el vínculo con su madre, produciéndose una reversión de los lugares. En este caso es la madre quien reclama ser cuidada, completada y asistida por el hijo, constituyéndose en “hija del hijo” y a él se le adjudica la misión imposible de reparar su fallida estructuración narcisista.¹⁶

Sabemos que desde nuestra perspectiva, el necesitado de afecto es el niño, el que no puede esperar es él; de manera que siguiendo con su razonamiento distorsionado, el niño “la tenía que querer”, como si esa fuera la “obligación de su hijo”, no pudiendo esta madre vislumbrar que se trata de una nueva realidad a construir entre los dos y que es a él a quien hay que esperar. Se tomaba como autorreferencial algo que se correspondía con un estado del menor dentro del proceso.

Brodinsky¹⁷ afirma que estos estados por los que pasa la madre adoptante, a diferencia de otros duelos, tiende a incrementarse con el

¹⁶ Kancyper, L (2003) “El Sometimiento”. La Confrontación Generacional Pág. 159-189. Buenos Aires- México: Grupo Editorial Lumen.

¹⁷ Autor americano especialista en adopciones.

paso del tiempo, o permanecer estable, pero no a disminuir porque este proceso en el niño es más difícil que los procesos de duelo convencionales que tenemos en la vida porque:

- Es una pérdida bastante inusual, en el sentido de que ven a otros niños y observan que ellos son diferentes.

- Presupone una renuncia voluntaria por parte de los padres biológicos, en el sentido de que en otros duelos como por ejemplo, la muerte, son involuntarios. Esto lleva a los menores a preguntarse ¿por qué no se quedó conmigo y yo no pude quedarme con él?

- No es una pérdida permanente como por ejemplo la muerte que tiene el atributo de irreversible, ya que en la adopción se trata de personas que desaparecen y que potencialmente pueden encontrarse en algún momento de la vida; por lo cual la consecuencia es que mantiene_fantasías de encuentros.

Esta complejidad exige respuestas constantes a lo largo del desarrollo del menor por parte de los padres, es una pregunta permanente que se va gestando en el tiempo y que va cambiando de forma de acuerdo al estadio evolutivo en el que se encuentre el menor. De la calidad y claridad de las mismas, surgirán actitudes más o menos adaptadas por parte de los niños hacia sus padres adoptivos.

Me pregunto con respecto a la última viñeta expuesta, qué hubiera pasado si este niño en lugar de ser pequeño y haber reaccionado favorablemente, hubiera sido más mayor y hubiera necesitado más tiempo para confiar y abrazar a su madre adoptiva.

Este es el punto que percibo como más peligroso y donde se corren riesgos con respecto a las disfunciones y los fracasos que observamos en la adolescencia, cuando los padres no sienten satisfechas sus necesidades narcisistas (las carencias propias no resueltas que tienen que ver con la historia anterior de los padres) trayendo esto como consecuencia que no comprendan las necesidades más profundas de sus hijos adoptivos.

Ya Winnicott alertaba en 1968 en su artículo “Efectos de la pérdida en los niños”¹⁸ que allí donde nos encontramos a un niño retraído e infeliz, un sostén_comprendivo es más fácil que arrastrarlo a un estado de olvido y falsa animación, argumentando que “si esperamos junto a él seremos recompensados por cambios reales que indican una tendencia natural a recobrase de la pérdida y el sentimiento de culpa”.

Cuando no ocurre así, se produce una desviación del desarrollo normal que hace su manifestación en la adolescencia, que no se debe sólo a las fallas de la estructura psíquica existente en el menor, sino a que las fragilidades y deficiencias de este tipo se ponen de manifiesto sólo cuando se somete al organismo a un estrés excesivo (o sea, la fuerza del “yo” adolescente es relativa) y la pubertad constituye un período en que el estrés se intensifica dejando fácilmente al descubierto ciertas fallas de la estructura psíquica que antes no se manifestaban o

¹⁸ Winnicott , D.W (1998) “Los Efectos de la pérdida en los niños” Acerca de Los Niños. pág. 81 - 85. Buenos Aires.Paidós. Psicología Profunda.

parecían irrelevantes¹⁹. No se manifestaban porque la dependencia infantil necesita de los suministros narcisistas de los progenitores, pero al entrar en la pubertad comienza la evaluación realista de aquéllos con todas las críticas y quejas.²⁰ Esta reevaluación y la desilusión concomitante es un aspecto normal y esencial del desarrollo adolescente de todo individuo.

Nos planteamos en qué medida este movimiento emocional necesario para el crecimiento que ocurre en todos los adolescentes y no sólo en los que son adoptivos, se confunde en los padres adoptantes con una conducta anómala por el temor que tienen de no ser queridos de la misma manera que si fueran padres biológicos y no se toleran estas críticas por parte del adolescente que forman parte del desarrollo evolutivo.

La intensificación normal de la agresividad ya observada en la prepubertad se convierte en la adolescencia en un desafío para alcanzar niveles superiores de diferenciación²¹ y considero que se agrava en los menores adoptados que claman aún más por esta diferenciación cuando no está resuelto en los padres adoptantes el duelo por la paternidad

¹⁹ Blois, P (1993) "De la Latencia a La Adolescencia" (1962) Los Comienzos de la Adolescencia. Pág.29-41. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

²⁰ Blois, P (1993) "De la Latencia a la Adolescencia".(1967)Los comienzos de la Adolescencia Pág.29-30 Buenos Aires: Amorrortu Editores.

²¹ Blois, P (1993) "De la Latencia a la Adolescencia"(1962).Los comienzos de la Adolescencia Pág.29-41 Buenos Aires: Amorrortu Editores.

biológica, necesitando éstos a su vez, ser permanentemente "reparados" por sus hijos adoptivos. En los casos en que esta agresividad tiende a "callarse", suelen presentarse las disfunciones en las relaciones familiares que los padres no toleran cuando los "devuelven", lo que confirma que no le ha sido otorgado el lugar de sujeto, porque sólo son susceptibles de devolución los objetos y no los sujetos.

Eva Giberti formula que cuando el "hijo adoptivo es colocado en posición de objeto denigrado"²² se convierte en pantalla de proyección donde los padres adoptantes proyectarán su propia vivencia de denigración con que tiñen su propia esterilidad". Muchas veces el enigmático silencio, el niño, púber o adolescente lo vive como un indicio de que no debe formular preguntas acerca del inexplicable acontecimiento de su vida. El trauma del abandono provoca en el adolescente una disociación yoica; y la formación de síntomas como los trastornos de la conducta, rebeldía, malas contestaciones, etc. consiguen ligar la agresión inmanejable por los acontecimientos de su vida.

Si los padres en lugar de transformar esto en algo positivo, como por ejemplo, advertir que algo se está expresando a través de esta sintomatología, les responden con más agresión, castigos o se sienten ofendidos por no ser queridos como se debiera, como ellos merecieran, se crean insuficiencias del desarrollo que ponen en peligro el tránsito por la adolescencia y la estructura familiar adoptiva. Dicha transición de la prepubertad a la pubertad y adolescencia sólo puede llevarse

²² Giberti, E Chavanneau De Gore, S (1992) "El hijo adoptivo como objeto de amor denigrado" Adopción y silencios Pág.95-111 Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

a cabo positivamente si el “yo” ha adquirido un grado de autonomía y estabilidad que lo proteja de la fragmentación. El menor tiene que alcanzar cambios estructurales antes de la pubertad, sólo entonces los conflictos pueden ser elaborados y también tolerados.²³ Para que esta resolución en el menor sea posible los padres deben poder ocupar su lugar como tales y desempeñar su función sin esperar compensaciones a cambio, pudiendo hacer ellos de “frontón” de la agresividad y no al revés.

Sigmund Freud²⁴ enuncia, que “quien se entera de algo nuevo cuya veracidad debe aceptar en base a ciertas pruebas, en este trance titubeará, buscará motivos que le permitan poner en duda la novedad y luchará consigo mismo durante un tiempo hasta concluir: No puedo menos que aceptarlo por más difícil que me resulte, por más que me cueste creerlo”. Este proceso sólo nos enseña que la elaboración racional por el “yo” exige cierto tiempo para superar objeciones apoyadas en poderosas catexis afectivas.²⁵

El adolescente adoptivo conflictivo del que hablamos se resiste a vivir en esa inautenticidad y cabría preguntarse si cuando logran que se les “devuelva” no es una manera de volver a algo anterior que aunque

carente y muy precario, al menos era propio y verdadero.

A través de mi experiencia clínica he observado (cuando no se trata de parejas que adoptan teniendo sus hijos biológicos), que el niño adoptivo siente que existe un lugar en esa familia que él nunca podrá ocupar, derivado de ese sentimiento de inautenticidad, que se pone de manifiesto en “su verdad”, real o fantaseada, de que si esta pareja hubiera podido tener sus hijos biológicos, “yo no estaría aquí”.

Si en algún momento del proceso no develamos esta “verdad” estaremos atentando contra el buen acoplamiento del mismo. Esto plantea la dificultad de cómo poder devolver esta verdad de una manera positiva e integradora. Los padres deben aceptarla internamente primero, para poder formularla externamente después. Podría plantearse entonces, “si hubiera tenido mis hijos biológicos no te hubiera conocido, ¡Qué bien que fueron así las cosas, porque de este modo pude conocerle!”. El menor necesita que esta verdad sea pronunciada.

Otro elemento importante para la construcción de este “lugar inalcanzable”, es que el menor sepa cómo fue gestado en su familia adoptante, cómo fue pensado.

²³ Blois, P (1993) “ De la Latencia a la Adolescencia”. Los Comienzos de la Adolescencia. Pág.29-41. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

²⁴ Freud, S. (1939). Moisés y La Religión Monoteísta. Tres Ensayos”. Obras Completas Tomo tercero. Pág 3240- 3324-. Madrid: Biblioteca Nueva. Traducción directa del alemán, por Luis López Ballesteros y De Torres.

²⁵ Concepto que se refiere al exceso de cargas que el “yo” no puede elaborar

Siempre se enfatiza como es lógico, y debido a la relevancia crucial que ello conlleva, en la importancia del conocimiento de sus raíces biológicas; y quizás descuidamos lo importante que es, que además se diga de manera explícita y no general, (como suele suceder cuando un niño pregunta de donde procede y se le responde que nació del corazón), que se le pueda expresar que se gestó dentro de acontecimientos reales, con fechas y emociones que acompañaron a los

misimos. Esta también es su verdad y forma parte de sus orígenes y su identidad como sujeto.

Mis conclusiones son las siguientes: A lo largo de mi experiencia en este trabajo me ha resultado curioso que a la gente hubiera que recordarle que los sentimientos importan y me ha resultado interesante la observación reiterada en las entrevistas de la tendencia que existe por parte de los padres a negar la tristeza o aflicción de los niños subestimando dicha pérdida como si ésta no tuviera un carácter permanente²⁶ por mucho que el niño pueda recuperarse en el vínculo reparador que establezca con sus padres adoptantes. Aquí volvemos a encontrar que cuanto menos elaborado está el duelo en los padres adoptantes, más necesitan sentir que todos estos sentimientos de sus hijos serán pasajeros y triviales para no vivir eternamente en esa diferencia.

Otra observación con respecto a los solicitantes en el aspecto psíquico, es que trabajamos permanentemente con los mecanismos básicos de la negación y la disociación, mecanismos defensivos de la elaboración del duelo. La primera, por definición de la teoría Psicodinámica consiste en no ver aquéllos aspectos del “yo” que disgustan y responde a la categoría de que aquello que no se ve o no se piensa, no existe. Se emplea inconscientemente para protegerse de una realidad desagradable negándose la persona a aceptarla o creerla, estando vinculada a acontecimientos dolorosos y amenazadores. Está unido al

control onnipotente, referido a que si controla sus sentimientos, no sufre.

La segunda consiste en expulsar de la consciencia los contenidos correspondientes al afecto doloroso que resultan inaceptables. Estando presentes estas dos primeras, aparece la tercera que es la proyección, que consiste en la colocación de todas las dificultades y sentimientos desagradables fuera de uno mismo.

Debemos detectar todos estos aspectos negados, disociados y proyectados para que el ajuste se pueda realizar de una manera integradora, puesto que la angustia que no aparece en un primer momento, si no se elabora, tarde o temprano aparecerá pero ya con el menor en casa.

Como profilaxis, opino desde nuestro lugar como profesionales de la Psicología la posibilidad de instar a los facultativos de la medicina desde nuestro campo para transmitirles la importancia de la espera entre un proceso y otro.

A continuación expondremos qué ocurre con todos estos elementos cuando se perfilan en una no idoneidad y la consiguiente complejidad de su comunicación.

2. LA COMUNICACIÓN DE LA NO IDONEIDAD Y SU RELACIÓN CON EL DUELO. SU INFLUENCIA EN LAS MANIFESTACIONES Y RESPUESTAS DE LOS SOLICITANTES.

²⁶ Winnicott, D.W. (1998) “Los efectos de la pérdida en los niños”(1968). Acerca de los Niños Pág.82-82 Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda.

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad todo lo relacionado con el Proceso para la adopción se da en el marco de una nueva mentalidad social. Entre las variadas manifestaciones de esta nueva mentalidad se pueden mencionar la superación del secretismo con el que desde siempre se habían tratado estas cuestiones relacionadas con la adopción por parte de los implicados, la aparición de nuevos candidatos a la misma, tanto en lo que se refiere a los menores como a los hombres y mujeres adultos, el desarrollo de nuevos criterios para la valoración de familias y su orientación educativa, la aparición de asociaciones y grupos cuyo objetivo es ayudar a las personas implicadas en estos procesos y todo un conjunto de cambios que señalan una nueva manera de pensar en torno a la adopción.

Esos procesos de cambio no han concluido aún, y continuarán en los años venideros. No obstante, en la actualidad nos encontramos con nuevas modalidades como las familias monoparentales, (hombres o mujeres sin pareja que deciden adoptar) o familias que tienen ya sus hijos biológicos. En este contexto hace su aparición la Adopción Internacional.

Esta nueva aproximación, reciente en nuestro país, puesto que se puso en marcha a partir del año 1995 a través del Convenio de la Haya, ha traído notables y positivas consecuencias. Una de las más destacadas es que se exige a las familias que pretenden adoptar cumplir con unos criterios que garanticen la atención adecuada de los menores adoptados.

Esto conlleva que los aspirantes a adoptar deben ser valorados con respecto al cumplimiento de las condiciones y características que se consideran necesarias, debiendo ser declarados idóneos o no idóneos²⁷ por la Administración Pública que tenga conferido este cometido. El hecho de que sólo puedan adoptar las personas declaradas idóneas por los poderes públicos se presta a la polémica de que “si para ser padres biológicos no se necesita ninguna autorización ni superar ninguna prueba, ¿por qué las cosas han de ser diferentes para los padres adoptivos? La respuesta a este interrogante se basa en la responsabilidad que tiene la Administración de asegurar a los menores que tiene bajo su tutela, un entorno familiar adecuado para su desarrollo, lo que sería inviable sin analizar las características de las familias que se ofrecen para adoptar.

A lo largo de este Proceso de Valoración, los profesionales de la Psicología y del Trabajo Social, van a tener un conocimiento detallado y extenso de las personas que desean adoptar con respecto a las circunstancias personales que han llevado a esta decisión, características de personalidad, actitudes y/o cualidades educativas, estabilidad de su situación económica y un largo etcétera.

Basándose en este conocimiento, los profesionales tienen que hacer un pronóstico sobre en qué medida estas personas podrán hacer frente de manera adecuada y estable a los retos y exigencias que plantea la adopción, así como la evaluación de para qué tipo de adopción se les considera más adecuados y en determinados casos el tipo de apoyos que

²⁷ La valoración de Solicitantes de Adopción. Criterios Técnicos y Manual de Entrevista. Edición de marzo de 1999. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

necesitarán para llevar el proceso con las mejores garantías de éxito. El Proceso de Valoración debe estar orientado a realizar este pronóstico con la mayor certidumbre posible.

28

Ahora bien, el Proceso de Valoración para la Idoneidad suele ser el último eslabón de una larga cadena de sucesos estresantes y emocionalmente dolorosos, sobre todo cuando la pareja ha padecido los Procesos de Fertilidad que han podido dejar huellas emocionales y físicas.

En estos parámetros incluimos la comunicación de la no idoneidad, que como lógicamente se deduce, significa que el/ los solicitantes en cuestión no son aptos para llevar el Proceso de Adopción con unas mínimas garantías de éxito. Esto se realiza en la entrevista de devolución, que es la última de todo un conjunto de entrevistas, a partir de la cual finaliza el Proceso de Valoración. Por lo tanto, la comunicación de la no idoneidad es una problemática compleja porque supone comunicar que no será satisfecha la petición con respecto al hijo adoptivo por el cual la pareja y/o personas solicitantes acuden a nosotros.

Al impacto que supone lo anterior hay que tener en cuenta que se trata de personas que llegan a las entrevistas de valoración muy golpeadas en el cuerpo y en la mente, ya sea por la frustración de la paternidad biológica o por la agresividad de los tratamientos médicos, por lo cual, algunos llegan con un

estado de mucha debilidad. Además de esta situación emocional común a todos los solicitantes, debemos considerar otras variables intervinientes más personalizadas, tales como:

- La patología previa de estas personas, en el caso de que la hubiera.
- La intervención de circunstancias personales externas que impidan temporalmente o a largo plazo la adopción.
- El dolor que significa tomar conciencia de esta nueva realidad, con lo cual nos enfrentamos a un “doble duelo”, el que hubo de hacerse o está en marcha con respecto a la paternidad biológica y el de la imposibilidad de ser padres adoptantes.

Si atendemos a la primera variable, tratándose de la presencia de patología que impida el normal desarrollo de la adopción, generalmente ésta es de tipo regresivo, con fuertes componentes de inmadurez y/o narcisismo²⁹ como para poder hacerse cargo de otra persona y menos aún de un menor.

Éstos elementos de personalidad conllevan a que les sea muy difícil el poder preguntarse y asumir qué responsabilidad pueden tener ellos con lo que se les está comunicando, puesto que trae aparejado mucho sufrimiento y la revisión de aspectos de la personalidad que resultan desagradables de examinar. La consecuencia de esto último es la proyección de los sentimientos negativos que esto provoca (frustración, rabia, dolor) del/los

²⁸ Concepto desarrollado en La Valoración de Solicitantes de Adopción. Criterios Técnicos y Manual de Entrevista. Edición de marzo de 1999. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Pág.12. Imprime Minerva

²⁹ Falla en la estructura narcisista que obedece a personalidades con importantes carencias emocionales que impiden ponerse en “el lugar del otro”.

solicitantes en la persona del terapeuta, que es lo contrario del comienzo de un proceso de duelo personal.

Con respecto al segundo punto, las circunstancias externas concretas del/los solicitantes que impiden el buen desarrollo de la adopción, nos encontramos con que les resulta difícil admitir que esos aspectos de su vida no son compatibles, puesto que han convivido con ellos durante largo tiempo y quizás nunca hasta ese momento se habían detenido a pensar en ellos, con el agravante de que esas circunstancias se han convertido ya en egosintónicas³⁰, o sea, forman parte del “sí mismo” de la persona como si fueran normales y por lo tanto no se pueden reconocer como distorsionantes para la buena marcha de un proceso de adopción.

Referente al tercer punto, el duelo al que se tienen que enfrentar los solicitantes, cabe destacar el lugar que ocupamos como profesionales cuando debemos comunicar una no idoneidad. No debemos olvidar que estas personas vienen acumulando muchas frustraciones y desde la perspectiva de la pareja o persona en cuestión, la vivencia que tienen con respecto a nosotros es la de que les volvemos a quitar la última oportunidad de la paternidad, la última esperanza que les quedaba que arrojaba un poco de luz frente a la frustración ya vivida con anterioridad de la paternidad biológica, lo que genera una profunda angustia, que de acuerdo a los parámetros de la Teoría Psicodinámica, juega un papel esencial en la producción de los mecanismos de defensa que se despliegan en

el momento de la entrevista, como son la negación³¹ y la proyección.³²

La angustia es una señal de alerta al “yo” que es la instancia psíquica que pone en marcha dichos mecanismos. La negación que como ya hemos dicho es un mecanismo de defensa, en este contexto hace referencia a no poder aceptar aquellos aspectos de la personalidad que disgustan y que serían el fundamento de la no aptitud para la adopción; y si no se aceptan, no existen. La proyección consiste en colocar aquello que resulta intolerable fuera de uno mismo y en la persona de otro, en este caso, el terapeuta o profesionales que realizan la devolución. Por lo tanto, las condiciones de la situación frente a la que nos encontramos son adversas.

Como consecuencia de esto se ponen de manifiesto en determinados solicitantes estados emocionales como tales como la agresividad, el resentimiento y el sentimiento de injusticia, desplegándose todo tipo de recursos psíquicos y jurídicos para poder conseguir su objetivo, como son las manipulaciones (intentar convencer a los profesionales de lo contrario) y acciones legales.

La experiencia demuestra que aunque se vayan realizando las devoluciones pertinentes de manera progresiva y fundamentada durante el curso de las entrevistas, resulta muy difícil que puedan aceptar que no son

³⁰ Del impulso o idea compatible y en armonía con la concepción de sí mismo. Diccionario médico-biológico histórico y etimológico.

³¹ Concepto de la Teoría Psicodinámica desarrollado por Freud y estudiado posteriormente por numerosos autores.

³² Concepto de la Teoría Psicodinámica desarrollado por Freud y estudiado posteriormente por numerosos autores.

padres idóneos para la adopción, porque la imposibilidad de ser padres biológicos les lleva de alguna manera a una desvalorización de sí mismos (“no sirven”), no pueden realizar lo que se supone que todo el mundo puede hacer, expresado esto en el discurso manifiesto con frases como ¿por qué a mi? ¿por qué no he podido tener hijos como todo el mundo?, y entonces llega la palabra del terapeuta diciendo que tampoco pueden ser padres adoptantes, con lo cual reforzamos ese sentimiento de desvalorización.

Esto ocurre aunque seamos muy cuidadosos en lo que debemos transmitirles; y como es sabido, cuando el narcisismo personal se siente cuestionado, y se produce una acumulación de frustraciones, la angustia que esto provoca determina que resulte intolerable admitir lo que se está escuchando y el psiquismo se defiende con el mecanismo defensivo de la proyección, definido en párrafos anteriores. Tal definición podemos ampliarla con el concepto aportado por Laplanche y Pontalis, quien enuncia que ésta consiste en “atribuir incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables o le generan negación, dirigiéndolos hacia algo o alguien a quien se le atribuyen totalmente”. “Es un proceso que protege contra la ansiedad que se sentiría al reconocer las propias faltas y aminora la ansiedad al exagerar los rasgos negativos de los demás”.

Si a esto último se añade que cuando los solicitantes llegan al proceso de adopción no está claro en ellos el concepto de que la adopción es una posibilidad y no un derecho como normalmente lo piensan, reflejado en el sentimiento de injusticia que manifiestan por tener que pasar por un proceso de valoración por el que no tienen que pasar los padres biológicos, todo resulta muy complicado.

Algunos solicitantes llegan con un pensamiento muy omnipotente, algo así como “ahora voy a tener” y cuanto más omnipotente es el pensamiento, más trabajo cuesta aceptar la frustración que implica el “no” (la no idoneidad).

Presentaremos a continuación tres viñetas de tres casos de no idoneidad para ilustrar lo anteriormente expuesto y a continuación haremos las reflexiones acerca de los mismos.

Caso A:

Se trata de una solicitante en el que estaban coexistiendo ambos procesos, el biológico y el adoptivo, y pese al señalamiento pertinente durante el desarrollo de las entrevistas de las contradicciones evidentes en que incurría en sus enunciados, ella respondía “que sí podía ser madre”, más allá de la desorganización de su vida en esos momentos y los estatutos y decretos vigentes en los que nos apoyamos que confirman y fundamentan esta imposibilidad, es decir, actuaba como si ella fuera la ley.

Existía una imposibilidad total de reconocer (como la palabra lo indica, re- conocer es volver sobre aspectos conocidos pero para pensarlos desde otra perspectiva) las situaciones personales que le estaban impidiendo el ser madre adoptiva, puesto que el proceso de duelo es el principio de un conocimiento y reconocimiento de uno mismo y de las dificultades personales que han hecho el estar en determinada situación.

Caso B:

Se trata de un caso donde también existía la coexistencia de ambos procesos (el biológico y el adoptivo) en que la solicitante decía “yo ya soy madre porque lo tengo en mi cabeza”, y el hecho de estar realizando el proceso de valoración implicaba necesariamente un “sí” a su maternidad adoptiva. Cuando se le planteaba la paradoja de qué ocurriría si quedaba embarazada durante el proceso de adopción, afirmaba que continuaría adelante con los dos procesos.

Cuando se introducía el Principio de realidad a través de los señalamientos de por qué esto no podía ser, con todas las fundamentaciones al respecto, ella respondía que no entendía las contradicciones. Para ella era viable tener un hijo en septiembre y otro en diciembre, algo que en el curso natural de la vida de una persona, en la naturaleza misma de la especie humana, no existe, ya que o se tienen dos hijos al mismo tiempo en el caso de que fueran gemelos o mellizos, o debe haber un período de nueve meses entre un nacimiento y el advenimiento de otro hijo.

Además de los fundamentos biológicos y evolutivos de la gestación, esta espera también es importante para que la madre y/o pareja puedan hacer un lugar en su psiquismo para esa nueva persona, o lo que es lo mismo, ir adaptándose a esa nueva realidad.

De manera que esta solicitante pretendía realizar lo que ninguna madre y/o pareja puede hacer, pretendía un imposible. Presentaba el paradigma del pensamiento omnipotente y negaba la realidad de sus límites. La realidad era como ella la construía dentro de su fantasía y por lo tanto realidad y fantasía eran lo mismo. Pretendía tenerlo todo, sin tener que definirse y tomar una decisión, puesto que tener que decidir implica estar haciendo de alguna manera, un duelo,

porque se elige algo pero también se pierde algo.

En estos niveles de confusión entre fantasía y realidad el camino hacia la elaboración del duelo se presenta largo y espinoso.

Caso C:

Fue especialmente conmovedor. Se trata de una pareja, cuyo hijo biológico padecía una enfermedad degenerativa, con pronóstico de agravamiento progresivo. Se les aclaró antes de continuar con el proceso de que contemplaran la posibilidad de una suspensión del mismo, ya que de continuarlo éste estaba abocado a una no idoneidad, no por una cuestión de discriminación por existir una minusvalía en la familia, sino por la inestabilidad que planteaba dicha enfermedad (Ataxia de Friedrich) con pronóstico degenerativo progresivo.

No aceptaron dicha propuesta porque ellos pensaban “que sí iban a poder sobrellevar ambas situaciones”, por supuesto luego de dedicar varias entrevistas al señalamiento de las contradicciones que resultaban evidentes por una cuestión de imposibilidad real, de falta de tiempo y disponibilidad personal para llevar ambas situaciones, ya que su hijo debía acudir con asiduidad a varios tipos de rehabilitaciones con frecuencia semanal. Argumentaban que su situación personal no se distinguía de la familia que ante el nacimiento de un hermano debe seguir llevando al primogénito a las distintas actividades extraescolares, sin poder advertir que en esta última situación no existe el riesgo de un agravante o empeoramiento de salud que podía comprometerlos enormemente en cuanto a su disponibilidad para la atención adecuada de un menor adoptado.

No pudieron admitir las argumentaciones presentadas por nosotros, profesionales de la Psicología y el Trabajo Social. Se trataba de una necesidad de ellos de restituir una vida normal que reparara el sufrimiento padecido por la enfermedad de su hijo biológico y ser padres como los otros, negándose las diferencias que hacen que las realidades difieran.

Reflexiones:

Podemos observar como en todos los enunciados de los casos aparecen el verbo “ser” (querer ser madre o padres) o “poder” (poder tener un hijo), de lo que resulta el “poder ser” que va asociado íntimamente al sentimiento de identidad.

Como podemos observar, se aferran desesperadamente a esta idea hermética inicial (la de la adopción) sin poder realizar un ejercicio de reflexión para poder resolver las contradicciones que se plantean y medir así las consecuencias de determinados actos. La actitud que presentan los tres casos, teniendo en cuenta las diferencias individuales, es que la autoestima o “unidad narcisista” según otros autores, dependiera del rol de ser padres.

Es muy importante tener claro la movilidad de todos estos elementos en el momento de la Entrevista de Devolución de la No Idoneidad, porque si no se comprenden todos los elementos psíquicos mencionados que se despliegan en la misma, la sensación del terapeuta es que puede no estar realizando correctamente su trabajo, contaminado por todas estas proyecciones de los solicitantes. Es decir, se queda con la sensación de que algo no ha funcionado, no se ha hecho bien,

para que surjan estas respuestas, que no son más que las proyecciones del sentimiento de minusvalía de los solicitantes, el sentimiento de frustración de ellos (no elaborado por supuesto).

Esto puede despertar en los terapeutas y/o trabajadores sociales sentimientos de culpa que no son buenos consejeros con respecto a la objetividad de un diagnóstico de no idoneidad.

Conclusiones:

Como puede deducirse, el tema del duelo no elaborado de los solicitantes, también está presente en la entrevista de devolución. Existe una continuidad entre los sucesivos duelos necesarios que no han podido ser realizados a lo largo de la vida para que pueda ser posible el crecimiento personal y la Entrevista de Devolución. Cuanto menores sean éstos, más costoso será aceptar la realidad de una no idoneidad.

Lo enunciado en el párrafo anterior puede fundamentarse en los tres ejemplos clínicos presentados, de manera que podemos llegar a las siguientes conclusiones.

a) Como he mencionado en el Caso A, en el que la solicitante pasaba caprichosamente de una situación a otra como si fuera una niña pequeña, superponiéndolas en el tiempo sin que aparezca ningún tipo de sentimientos, no podemos esperar que éstos aparezcan en la entrevista de devolución.

De hecho, hubo un bloqueo afectivo, la solicitante no manifestó ni rabia ni tristeza. Aquello fue el reflejo como en una reproducción de laboratorio de cómo ella vivía las desavenencias de su vida y como “maltrataba” dichos acontecimientos

En una situación “normal” debería de haber surgido un sentimiento de tristeza, o alguna pregunta con respecto a sí misma o al desarrollo de las entrevistas. Este sentimiento de tristeza obturado, fue sustituido por la rabia que se desplazó luego a través de los litigios legales.

b) Si atendemos al Caso B, en que la persona está detenida en su crecimiento personal-emocional y tiene una exagerada idealización de sí misma (idealización infantil que obedece a este estadio del desarrollo en el que no es posible tener criterio para realizar evaluaciones), no podemos pretender que en la entrevista de devolución reconozca los límites que ponemos a través de la no idoneidad mediante la cual significamos que no es posible todo lo que se quiere cuando no se puede. Para esta solicitante “todo era posible”, lo que dicho en términos corrientes “todo vale”.

Siguiendo este razonamiento, no puede reconocerse con la imagen que le devolvemos a través de nuestra palabra de no idoneidad, puesto que es lo contrario de una imagen idealizada de sí misma.

c) En el Caso C, durante la entrevista de devolución los solicitantes manifiestan que no estaban de acuerdo con el diagnóstico de no idoneidad porque creían que se sentían capacitados para “llevarlo todo” comparándose con las familias que tienen varios hijos y deben atender a varias necesidades y obligaciones cotidianas perdiendo de vista el elemento de la estabilidad familiar particular de su caso.

Si llevan a cabo la negación de las diferencias con respecto a su situación personal, resulta obvio que esta negación también se trasladará a nuestro planteamiento diferente trayendo como consecuencia que no pudieran escucharlo. A diferencia de las dos viñetas anteriores, se hizo presente el dolor subyacente de esta pareja que era lo que no podían enfrentar.

A modo de conclusión general podemos enunciar que:

Es importante tener claro que nuestro lugar no es el de los “padres omnipotentes” en el que “los solicitantes niños” nos colocan,(entendido esto como los aspectos infantiles de la personalidad de éstos) teniendo que satisfacer sus necesidades, sino que es el niño real que ya está en el mundo el que tiene que estar en nuestro pensamiento. Trabajamos para él. No lo olvidemos.

Quiero hacer hincapié en la actitud y necesidad de trabajar recurrentemente sobre estos temas:

- El duelo de los padres
- Las fuertes necesidades emocionales de cada una de las partes
- La complejísima labor de ser padres en cuanto al cúmulo de transmisiones que implica, generacionales, emocionales y culturales.

Temas a los que no debemos darles término generando en cada intento una nueva perspectiva, aproximación y profundización que nos guiará en la ardua tarea de poder disminuir el sufrimiento de hijos y padres adoptantes y que a fuerza de mucho trabajo, en un punto, puedan por fin encontrarse. Espero que otros y yo misma continuemos la tarea.

Terminaremos este trabajo con una frase de T.S.Eliot: “Y el fin de nuestra búsqueda será

llegar adonde comenzamos y el lugar conocer por vez primera. Por la desconocida puerta que recordamos”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Acerca de los niños- Winnicott. Paidós. Psicología Profunda, 1998
- Los Comienzos de la Adolescencia- Peter Bloss. Amorrortu Editores, marzo de 1993.
- Obras Completas de Sigmund Freud Tomo Tercero. Artículo “Lo Siniestro”.
- Obras Completas de Freud. “Moisés y La Religión Monoteísta. Tomo Tercero: Tres Ensayos.
- Eva Giberti y Silvia Chavanneau De Gore. Adopción y Silencios. Editorial Sudamericana, 1992
- León Grimberg, Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico Alianza Universidad,1994
- Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean Bertrand Pontalis. Editorial Labor,1971
- Luis Kancyper. La Confrontación Generacional. Grupo Editorial Lumen,2003
- La valoración de Solicitantes de Adopción (Criterios Técnicos y Manual de Entrevistas. Edición de Marzo de 1999). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.Imprime Minerva

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

***Sobre la Autora:** Diana Caulo Latricchina. Es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Psicoanalista. Especialista Universitario en Psicodiagnóstico y Tratamiento: Psicoterapia Psicoanalítica de Niños, Adolescentes y Adultos por la Universidad Pontificia de Comillas en colaboración con la Escuela de Psicología Clínica de Niños, Adolescentes y Adultos.

Presidenta de la asociación Andaluza de Psicoterapia Psicoanalítica y perteneciente durante doce años al Turno de Intervención Profesional para la Valoración de la Idoneidad en Adopción Internacional del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental. Experiencia en Procesos de Seguimiento de menores adoptados.

Desarrolla su actividad clínica y privada en Sevilla y ha realizado actividad asistencial comunitaria en Institutos de Enseñanza Secundaria de Sevilla capital para la Prevención de la Violencia Infanto-Juvenil, así como la dirección y desarrollo de talleres formativos para padres y adolescentes y el abordaje de sus problemáticas particulares a través de técnicas grupales en la provincia de Sevilla.

3.2 NIÑOS TESTIGOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. ESTELA WELLDON*

Algunos escenarios familiares

Mientras escribía este texto para una conferencia en un congreso en Florencia, me llamaba la atención lo paralizada que me sentía, considerando mi muy extensa experiencia clínica sobre el abuso en la familia, y específicamente con los victimarios y víctimas de incesto. Necesitaba revisar las historias de mis pacientes desde otro ángulo diferente para entender las complejidades y consecuencias ligadas al hecho de ser testigos de la violencia doméstica, pero no podía aclarar mis pensamientos, estaba confundida. Llegué a asociar mi ansiedad con dos experiencias recientes, que no estaban relacionadas con mi trabajo clínico sino con mi vida cotidiana.

La primera se refería a un almuerzo con tres amigas. Las cuatro estábamos intercambiando puntos de vista sobre nuestras vidas. Una de ellas, una prestigiosa escritora feminista, famosa, inteligente, rica, chic, cuyos escritos yo siempre había admirado nos comentó, con un tono de voz desapasionado y amargo, de las constantes y malignas peleas diarias que ella había mantenido con su esposo hasta el momento del divorcio, que nunca habían alcanzado la violencia física. Esto había ocurrido veinte años antes y que ella suponía que estas escenas domésticas habían impedido a sus hijos, de 41 y 43 años de edad, que logaran relaciones comprometidas y amorosas. Para mí fue una revelación impactante porque ella todavía seguía reviviendo estas terribles experiencias y era conciente del daño emocional que había producido en sus hijos.

La segunda fue unas semanas más tarde cuando estuve cenando con amigos muy cercanos, una pareja de mediana edad, su

hija adolescente y una tía de la esposa. Hacia el final de la cena, el marido y la esposa comenzaron una serie de espantosos altercados por insignificancias que parecían no terminar nunca y que estaban teñidos con mucha amargura y sarcasmo. No fue algo llamativo porque ya había sido testigo de sus constantes peleas, pero esta vez me sentí muy molesta e incapaz de reaccionar y además me alarmé cuando la tía compartió conmigo su preocupación sobre esta conducta abusiva y el posible efecto sobre el futuro de la hija.

Recién en ese momento tomé conciencia de algo, de cómo nunca había considerado que las constantes peleas de sus padres pudiesen afectar la futura vida emocional de la hija.

Comprendí entonces que la resistencia para escribir esa conferencia estaba estrechamente relacionada con el hecho de que yo también había sido testigo de mucha violencia doméstica, bajo la forma de abuso verbal entre mis padres, cuando era niña. No hay duda que los conflictos, desacuerdos y diferencias de opinión de la vida compartida provocan fácilmente tensiones. Esto es parte de la vida corriente, y nosotros como adultos estamos acostumbrados a ello, tanto que a veces podemos no darnos cuenta de las consecuencias emocionales sobre nuestros niños.

A veces las tensiones familiares se expresan en actitudes de enojo, las que fácilmente pueden escalar al abuso verbal. Las burlas y los señalamientos despectivos son experimentados como situaciones profundamente degradantes. El enojo y la humillación se convierten en una inmediata y voraz demanda de venganza violenta. Sin duda, la humillación es siempre precursora de

la violencia. Volveré sobre este tema con más detalles más adelante.

Algunas definiciones

Cuando observamos las más recientes definiciones de violencia doméstica todas incluyen el abuso verbal como una de las formas de abuso que produce efectos de corto y largo plazo en los niños que son testigos de ella. Por ejemplo, la definición de violencia doméstica utilizada por el Metropolitan Police Service (MPS) en Gran Bretaña es: “Cualquier incidente de conducta amenazadora, violencia o abuso (psicológico, físico, sexual, financiero o emocional) entre adultos que han sido o son miembros de una familia, o compañeros íntimos, independientemente del género”.

Ellos informan que aproximadamente el 95% de la violencia doméstica es ejercida sobre la pareja, ex pareja o miembro inmediato de la familia, como el padre, la madre, la hija o el hijo. La mayoría de los incidentes de violencia doméstica denunciados al MPS son llevados a cabo por hombres sobre víctimas femeninas.

Al mismo tiempo, el MPS reconoce el hecho de que la violencia doméstica ocurre también con mujeres victimarias sobre víctimas hombres y dentro de relaciones del mismo sexo. La estrategia hacia la violencia doméstica del MPS es la de identificar y dirigirse a las necesidades de todos los que intervienen en la misma.

Tenemos otra definición, de Bárbara Hart, una experta canadiense: “Muchas víctimas sufren todas formas de abuso. El abuso verbal y emocional puede ser más sutil que el daño físico, pero esto no significa que es menos destructivo para las víctimas. Muchos han dicho que las cicatrices emocionales llevan mucho más tiempo para curarse que los huesos rotos” (citado en Deb., 2006, p.3). Por lo tanto, si incluimos el abuso verbal entre dos miembros de una pareja, tenemos que admitir que lejos de considerar la violencia doméstica

como una rareza, hay que considerar que es un hecho inevitable y parte de nuestro desarrollo emocional. Se podría argumentar que lo que necesitamos es establecer el delicado límite entre su necesidad, como algo frecuente y el momento en que se convierte en dañina.

Efectos en los niños

Existen varios estudios importantes de psiquiatras de niños referidos a la violencia doméstica y sus efectos en los niños, y hay mucha controversia sobre este tema. Edleson y Syers (1990) plantean algunos problemas metodológicos, incluyendo las dificultades de la definición – cómo diferenciar entre ser un testigo y ser una víctima del maltrato – Ellos ofrecen una amplia e inclusiva revisión de la literatura, señalando grandes diferencias en los hallazgos de las investigaciones. Opinan que definir automáticamente el ser testigo como si fuese maltrato es un error, en la medida que una gran cantidad de niños estudiados no mostraron problemas de desarrollo negativos y en algunos se evidenció una mayor habilidad para manejarse con los problemas. Jaffe, Hurley y Wolfe (1990), por ejemplo, muestran que hay niños que presentaban pocos síntomas negativos, y que inclusive mostraron una capacidad social más alta en comparación con otros.

Como muchos de estos estudios fueron llevados a cabo en refugios o con mujeres golpeadas que habían sido apartadas con sus hijos de sus parejas masculinas, se puso más el acento a la relación madre hijo, y en recabar pocos datos sobre la relación padre hijo. Fantuzzo y Lindquist (1989) sugieren que son múltiples los factores de stress asociados con el hecho de tener que dejar sus hogares para ir a un refugio. Wolak y Finkelhor (1988), en su importante estudio sobre niños expuestos a la violencia de la pareja, describen las amplias implicaciones que esto puede tener en todos los miembros de la familia, y brindan una guía

verdaderamente útil para los clínicos que tratan a los niños y también a los miembros adultos de la familia.

Tendré en cuenta, no solamente la evidencia clínica de mi trabajo con pacientes adultos violentos, sino también discusiones con colegas y el compartir nuestros antecedentes biográficos, que incluyen el haber sido testigos de violencia doméstica. Espero poder mostrar que hay muchas variables, entre ellas diferentes niveles de exposición al hecho de ser testigo de la violencia, distintas estrategias para lidiar con ellas y diferentes resultados. Se debe mencionar también la posibilidad de transformación del trauma en un aspecto positivo.

La humillación como precursora de la violencia

El maravilloso libro de James Gilligan, *Violence*, (1996) comienza con un conmovedor párrafo

“He elegido comenzar con una historia que conozco –y conozco profundamente- en parte porque esta historia familiar plantea muchos de los temas que discutiré en este libro: el tema de la violencia familiar; las relaciones entre diferentes naciones y razas; mujeres y hombres, jóvenes y viejos; cuestiones acerca de la justicia y la moralidad, el crimen y el castigo, la culpabilidad y la inocencia, la vergüenza y el orgullo, víctimas y victimarios, y como sombreando todos estos temas, la absoluta tragedia humana que es la violencia”.

Continúa:

“Para un psiquiatra, comenzar un libro sobre la violencia desde la historia de su propia familia es decir, tan simplemente como pueda, que la violencia, como la caridad, comienza en el hogar. El uso de la violencia como medio de

resolución de conflictos entre personas, grupos y naciones es una estrategia que aprendemos primero en el hogar. Toda la resolución de nuestros problemas básicos, la exacerbación de los problemas y las estrategias de creación de problemas, para vivir y morir, son aprendidos primero en el hogar. La violencia humana es mucho más complicada, ambigua y sobre todo, trágica, de lo que habitualmente se tiene noción o conocimiento. (p. 1)”.

Nos describe, vívida y bellamente, una serie de incidentes violentos que tuvieron lugar mucho tiempo atrás en Nebraska. Lo relata como una parábola de la destructividad y violencia familiar, que llega al homicidio y la desaparición de varios miembros de la familia. Está escrito de tal forma que no da lugar al histrionismo ni al sentimentalismo. Es poético describiendo el clima afectivo, las dudas y tormentos por las que atraviesa la familia y revela que estos incidentes son parte de la vida de su propia familia, dos generaciones atrás. Esta confesión, de que la violencia fue parte de su propia familia, fue una sorpresa para mí y pensé en el coraje que tuvo para hacerla. Pero, ¿por qué lo pensé como un acto de coraje? En ese momento asocié con mi familia y experiencias de mi infancia, el haber sido testigo de constantes peleas de mis padres sobre las cosas más triviales. Me sentí avergonzada ya que no hubiese tenido el coraje de hablar de estas espantosas experiencias.

¿Por qué la vergüenza – si es que yo no me sentía responsable, al menos en parte, de lo que ocurría?

Vergüenza y remordimiento

Pienso que es muy útil hacer la distinción entre lo que es la vergüenza y el remordimiento, y cómo están fuertemente asociados de manera diferente en víctimas y victimarios. La vergüenza está asociada, con

frecuencia, con haber sido testigo de la violencia familiar, mientras que el remordimiento, por lo general, es experimentado por los victimarios. La vergüenza está enfocada en los sentimientos de impotencia y falta de control del testigo, y tiene un poderoso impacto, especialmente en los niños involucrados. Black y Newman (1996) también reconocieron que las víctimas experimentan un sentimiento de vergüenza y humillación y un deseo de mantener el abuso en secreto frente a otros, recordándonos el sentimiento de entrapamiento descrito por Finkelhor (1983).

Otro impacto subjetivo ocurrió mientras presenciaba la ópera de Britten: *The rape of Lucrecia* (La violación de Lucrecia), basada en la Historia de la Antigua Roma, de Livio. Lucrecia es despertada por uno de los amigos de su esposo, que la viola a pesar de sus ruegos para que se detenga. Llama a su padre y a su esposo y cuando llegan, acompañados por dos amigos fieles, está abrumada por el dolor. Describe lo que le pasó y les habla de su devastador sentimiento de culpa. Los cuatro hombres tratan de consolarla tratando de que no se sienta culposa ya que ella fue la víctima y le dicen que es la mente la que peca, no el cuerpo, y que cuando no hubo consentimiento no hay culpa. Sin embargo, lo que Lucrecia está experimentando realmente no es culpa sino vergüenza, y la única forma en que puede redimirse a sus propios ojos es quitándose la vida.

Shakespeare explora el mismo tema en su poema *The Rape of Lucrece*. Los escritores de esa época veían la violación en términos de lujuria, aunque también había algunos que lo pensaban como la destrucción del objeto de la envidia.

Hoy pensamos que la violación, especialmente la violación de la mujer por parte del hombre, tiene mucho más que ver con el poder que con el sexo. Desde mi punto de vista, y al haber investigado extensamente acerca de la violencia de la mujer hacia sí

misma y hacia sus propios bebés (los objetos de su propia creación), la auto destrucción de Lucrecia es una sombría corroboración. Demuestra cómo el trauma golpea no sólo la sexualidad de la mujer sino también su sentimiento de identidad, cómo la violencia puede llevar a la violencia, dirigida no sólo hacia fuera sino hacia adentro, hacia la auto mutilación y la muerte. Esto está claramente demostrado en la Lucrecia de Shakespeare “con sus uñas desgarró su carne”.

Poder y violencia doméstica

Todos los clínicos e investigadores están de acuerdo en que la violencia doméstica involucra el abuso de poder. Por eso con más frecuencia es ejercida contra mujeres y niños. Sin embargo, lo que puede aparecer como actos ejercidos por los fuertes contra los débiles, muchas veces son llevados a cabo como intentos por parte de los abusadores de compensar su “percepción de falta o pérdida de poder” (Black y Newman, 1996). Por ejemplo, la violación de Lucrecia fue llevada a cabo por Sextus Tarquinio, quien estaba colmado de vergüenza por la infidelidad de su esposa y envidioso de Collatino, esposo de Lucrecia, quien no solo era hermosa sino también virtuosa y fiel.

Según Motz (2001), los clínicos se muestran reacios a explorar el rol de la víctima o su participación, por temor a ser rotulados como culpabilizándolas por el abuso cometido: “la relación entre el abusador y la víctima es de tal tipo que los dos juegan una parte activa”. La autora considera que el abusador trata de crear una ilusión de omnipotencia para compensar sus propios sentimientos de inadecuación y desvalimiento, los que inconscientemente proyecta sobre su víctima. La víctima, en este interjuego, introyecta e internaliza sus sentimientos de inadecuación y desprecio y se deprime mucho más. El abusador se convierte en dependiente de la devoción de su víctima para sostener y

estabilizar su propia auto estima. La víctima representa inconcientemente otras figuras de su historia temprana, tal como una madre poderosa, dominadora y despreciativa. Motz afirma, con sensibilidad, que “El abusador proyecta su imagen de mujeres rechazantes y negligentes sobre su pareja, y es extremadamente sensible hacia cualquier aspecto de la separación... con frecuencia tuvo una experiencia temprana de haber sido testigo de la violencia parental y aprendió que los padres golpean a las madres, que la preocupación y el compromiso emocional son expresados a través de la violencia”. El rol inconsciente asumido, por ambos miembros de la pareja, facilita un patrón repetitivo: estar involucrado en una relación abusiva y de difícil, si no imposible, capacidad de establecer otro tipo de vínculo sin ayuda profesional.

El ciclo de violencia se hace transgeneracional. Al discutir la dinámica de la violencia de alguien de la pareja, Kaufman Cantor y Jasinski (1998) mencionan que muchas señales de riesgo en las familias de origen de los miembros de una pareja están entretejidas en esta dinámica y pueden ser transmitidas a las futuras generaciones. Estamos en el terreno de la exposición al abuso, al alcoholismo y a estilos de personalidad hostil o depresivo de los padres. También describen una profunda vergüenza y humillación en las víctimas y un deseo de mantener este abuso en secreto, con un sentimiento de estar atrapado en el sistema, en la medida en que hay un conocimiento inconciente de ser parte de él.

Algunos prejuicios y mitos

La forma en que la investigación se ha llevado a cabo en esta área revela más acerca de nuestros prejuicios que informes realistas sobre la violencia familiar. Considero que refleja, en parte, nuestras resistencias

inconcientes en aceptar hechos dolorosos que desafían nuestros estereotipos y prejuicios.

En primer lugar, muchos cuestionarios están diseñados preguntando si los sujetos han tenido alguna vez alguna experiencia de violencia doméstica, y esto los inhibe para “develar” información. Considero que es necesario revertir esta forma de pensar, que tienden a convalidar la evitación y la resistencia, para que podamos descubrir casos no informados con anterioridad. (Las estadísticas muestran claramente que cuando la violencia doméstica se mantiene oculta, habitualmente se incrementa su frecuencia y severidad). Debemos diseñar preguntas relacionadas no con la presencia sino con la ausencia de violencia doméstica. Creo que su ausencia es mucho más infrecuente que su presencia.

En segundo lugar, generalmente se asume que la violencia doméstica existe solamente en las clases trabajadoras bajas, que sería generada por el desempleo y los problemas económicos. Sin embargo, hay factores internos – tales como lazos traumáticos y una historia en la que la mujer ha sido desvalorizada – que no están ligados con lo económico. Tales mujeres pueden ser incapaces de tener una alta autoestima y tal vez, inclusive por su “mejor” clase social, pueden sentirse incapaces de informar a causa del orgullo, vergüenza y el temor de dañar a sus hijos, suponiendo que los niños sufrirán rechazo en el colegio por parte de sus pares, y sintiendo, tal vez, la amenaza de que no puedan continuar realizando una costosa educación privada.

La aparente aquiescencia de una mujer hacia las demandas de su pareja masculina, la aceptación de sus observaciones sarcásticas, y su constante denigración hacen recordar la relación entre el secuestrado y su torturador. Este fenómeno ha sido descrito con agudeza y sensibilidad, desde el punto de vista legal, por la jurista Helena Kennedy (1992, p. 101) en su libro *Eve was framed* (Eva fue inculpada), en

el que también afirma que “entender la violencia doméstica es un desafío para las tribunales de justicia.

La relación de poder desigual entre abusado y abusador me lleva a otro mito – que son siempre las mujeres las víctimas y los hombres los victimarios. Aunque esto puede ser verdad en la mayoría de los casos, de ninguna manera es universal.

Aún cuando en términos generales los hombres están a cargo del poder público, las mujeres, habitualmente, están a cargo del poder doméstico. Esta división afecta tanto a los individuos como a la sociedad en general. Al considerarlas como víctimas, son tratadas con sedantes. Los hombres, al ser vistos como los victimarios, están enfrentados con la penalización y el castigo. Con respecto a esta conexión, fue muy estimulante encontrar un estudio titulado *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*, de Jasinski y Williams (1998), en el que ellos describen las investigaciones actuales acerca de las dinámicas y patrones de la violencia familiar, los tipos de abuso, y las mayores señales de riesgo: el ciclo de la violencia asociado con el síndrome de la mujer golpeada puede ser típico solamente de la forma más severa de violencia íntima. La agresión por parte de mujeres, aunque menos estudiada que la agresión por parte de los hombres, difiere con relación a la mayor incidencia de daños físicos y psicológicos experimentados por mujeres víctimas, comparados con las víctimas masculinas. Las mujeres también aparecen teniendo un riesgo mayor en un sistema de victimización que incluye formas de abuso físico, sexual, emocional y económico. (p. 41)

Violencia femenina

La violencia femenina existe, aunque, como dije antes, aparece con formas diferentes de la de los hombres. Gilligan describe que en

ambos, mujeres y hombres, la violencia emerge como resultado de la vergüenza y del ser sometido a la humillación. Sin embargo, casi siempre los hombres atacan un objeto externo y las mujeres tienden a infligirse un daño a ellas mismas. Esto ha sido investigado y documentado en el rico y completo libro de Anna Motz, *The Psychology of Female Violence*.

La aparición de la violencia femenina con frecuencia es desencadenada por circunstancias en las que tempranos y tal vez “olvidados” acontecimientos han sido reactivados. Los orígenes de estos disturbios pueden ser muy lejanos como el nacimiento del hijo. Si nació niña y el género no fue bienvenido por la familia aparece en el vínculo un sentimiento de decepción que, obviamente afecta en forma grave la relación entre la madre y la bebé. Por otro lado, si el bebe nacido fue un niño mientras se esperaba una niña, la decepción de la madre puede dar comienzo a un cambio en la vestimenta del niño como niña. Aunque esto se realice en forma involuntaria e inconsciente, es un acto violento realizado contra el niño con serias consecuencias para su futuro desarrollo emocional.

Debemos tener presente que las mujeres pueden sentirse, simultáneamente, poderosas e impotentes en el contacto con sus niños. No es difícil imaginar el escenario: un hombre enojado que va a su trabajo y deja a su mujer cada mañana luego de una amarga discusión. Ésta se siente humillada, frustrada e incapaz de hacer frente a las crecientes demandas de sus hijos. Al estar abrumada y necesitada de expresar su enojo, lo demuestra hacia aquellos que son más débiles e incapaces de defenderse, desquitándose con sus hijos. Este escenario común, con frecuencia no es reconocido o es ignorado por la madre lo que imposibilita obtener ayuda profesional.

Necesitamos más recursos apropiados para las madres y sus bebés, para prevenir los abusos del poder doméstico, que causan

dolor, sufrimiento y malestar, tanto a las madres y sus bebés como a la sociedad en general, a largo plazo.

La familia como sistema: ¿por qué nace un niño?

Ya no podemos pensar en los miembros de la familia en términos aislados sino como parte de un sistema. Un sistema familiar de varias generaciones, responsable de su propia dinámica y su propia disfunción. A veces esa madre y ese padre se han encontrado y siguen juntos conducidos, en forma inconciente, por una especie de radar. Pueden haber padecido experiencias familiares en las que la violencia doméstica era la norma. Se actúa, muchas veces, inducidos por situaciones no visibles que requieren comprensión si queremos romper el ciclo de violencia.

Por lo general nunca se les ocurre a los clínicos preguntar a los padres las razones que los llevaron a concebir a ese determinado niño. Se da por supuesto que todas las parejas desean tener hijos, pero podemos descubrir todo tipo de motivos ilusorios, extravagantes alrededor del nacimiento de un bebé. Por ejemplo, el bebé puede ser concebido para que sea terapeuta de pareja o colocar en él la expectativa de resucitar una relación muerta, que pueda borrar conflictos en la pareja marital. El hijo o la hija también pueden ser expresión de venganza, especialmente en mujeres que se sienten disminuidas por una pareja masculina arrogante y despectiva. Por supuesto no siempre estas expectativas se cumplen. Luego de un período inicial de novedad y excitación acerca del recién llegado, la pareja experimenta primero una desilusión y con frecuencia el niño se convierte luego en el blanco de su rabia y frustración. Después de todo, la solución milagrosa no ha funcionado y ¿A quién hay que culpar por eso? ¿De quién es el fracaso?

Las recriminaciones son moneda corriente y aunque el niño puede aparecer como un espectador gratuito de la violencia doméstica, en realidad es parte constitutiva de este sistema disfuncional, si lo entendemos desde sus raíces inconcientes. A veces los niños, sin tomar conciencia de esto, tratan de responder de una manera complementaria a las expectativas de los padres, y adquieren una función de ser los padres de sus propios padres. Intentan salvar la relación de sus padres y tratan de obtener ayuda, lo que muchas veces no se logra o no es abordado en forma seria. Esto último puede generar un sentimiento de profundo desamparo, que aparece al enfrentar situaciones similares y entonces irrumpe la violencia. Así como en otros momentos pueden tratar de destruir la pareja, de una forma casi edípica, excluyendo a uno de los miembros de la pareja y casi “ofreciéndose” como pareja sexual. Esto tiene consecuencias devastadoras en la medida que el niño fácilmente puede convertirse en víctima del incesto, con los problemas agregados de excitación insalubre, vergüenza y culpa.

Todos hemos sido receptores de estas experiencias. Por ejemplo mientras miramos películas con contenido de violencia somos “testigos de la violencia” de diferentes maneras que nos evocan distintas respuestas. Podemos ser activos y hacer algo sobre las imágenes en la pantalla que nos están afectando, como cubrirnos los ojos o inclusive abandonar el cine. Sin embargo, en otros momentos reaccionamos de modo muy excitado, identificándonos con diferentes protagonistas.

Es útil no ver a estos niños simplemente como víctimas pasivas. En realidad necesitamos observar sus desconocidas, invisibles e inconcientes contribuciones a sus propios problemas. Para poder comprender acerca del futuro de los niños que son testigos de la violencia doméstica, debemos ver las raíces del problema, las formas en las que el

sistema familiar estaba preparado para generara un modelo que facilite la perpetuación de la violencia familiar.

Factores precipitantes en la violencia doméstica

Además de los factores sociológicos – empleo, pobreza y demás- hay otros que afectan profundamente la dinámica familiar y son proclives a producir violencia.

Un análisis de las señales de riesgo a lo largo de la vida mostró que las tasas de violencia en la intimidad se incrementan durante el noviazgo y el comienzo del matrimonio, embarazo, separación y divorcio (Jasinski & Williams, 1998). Es interesante notar que no están mencionadas las pérdidas, ya que sabemos que son eventos que alteran el curso de la vida y que pueden amenazar el “ambiente suficientemente contenedor”. La inesperada muerte de un hijo o hija tiene un profundo efecto en la vida de los padres dolientes, y el sentimiento de violencia y violación inherente a la experiencia de la muerte puede alienar la dinámica de la más sólida familia. Los padres se rinden a un sentimiento de impotencia y dolor emocional que los paraliza o les produce silencio, mutuas recriminaciones, vergüenza y aislamiento, todo esto a pesar de sus esfuerzos concientes por actuar de una forma civilizada. Hay un incremento de la vulnerabilidad y la sensación de estar fuera de auto control, que provocan sentimientos de inutilidad, impotencia y humillación.

Las consecuencias de ser testigo de la violencia doméstica

Estas pueden ser de corto plazo y temporales, o pueden tener efectos mucho más prolongados. Los testigos de la violencia pueden padecer de recuerdos intrusivos o retrospectivos, ansiedad de separación,

agresividad e hiperactividad, desapego emocional y otros problemas, ya sea en el momento o a posteriori. Además es un factor de riesgo para convertirse en un abusador de niños. La exposición a la violencia como co-víctima está directamente relacionada con la aceptación y uso de la violencia.

Según Wolak y Finkelhor (1988), los niños expuestos a violencia marital experimentan una influencia tanto directa como indirecta. De los primeros efectos, los autores incluyen el sufrimiento de la agresión, crueldad hacia animales, pesadillas, actuaciones, inmadurez, haraganería, delincuencia y desorden de déficit de atención. También nos dicen que los niños crecen confundidos acerca de los significados del amor, la violencia y la intimidad. Los efectos indirectos incluyen stress materno, en el sentido de que las madres victimizadas son incapaces de responder adecuadamente a las preocupaciones y temores de sus hijos.

De acuerdo a mis hallazgos clínicos, me he dado cuenta que algunos testigos de la violencia doméstica pueden ser conducidos a actuar con patrones sado-masoquistas. Este fue el caso de un paciente que entrevisté hace muchos años, que solía involucrarse en acciones masoquistas severas. Se exponía a sufrimientos corporales auto infligidos, siendo sus genitales la zona preferida para infligirse dolor. Comenzó a darse cuenta que se le agregaba una sensación de excitación si su humillación, una especie de castración simbólica, se realizaba en público. Se hizo miembro de un club sado masoquista (S&M) con el objetivo de participar en competencias semanales y de esta manera entretener a una audiencia cautiva y cautivada. Evalué que podía continuar con estas acciones auto destructivas más adelante pero cuando advirtió mi preocupación, negó con fuerza cualquier sufrimiento. Solo concurrió dos o tres entrevistas, en forma petulante me dijo que, como había conocido a muchas personas en ese medio, se había dado cuenta que su

conducta era sólo una práctica normal “alternativa”. Concurría a clubs y también a lugares privados de “profesionales como usted” donde estos actos de sadismo sexual en grupos, con continuos cambios de parejas eran una práctica usual. También me comentó que por primera vez en su vida estaba experimentando un gran sentimiento de elación y de libertad interior.

Su historia temprana había sido caracterizada como la de un “mirón” de las constantes peleas y altercados de sus padres, frente a las que no había podido defenderse. Le resultaba imposible ver la conexión entre el insoportable dolor del pasado y su complicado presente. En cambio, había elaborado la creencia de su libertad en virtud de ser un participante “activo” en el daño infligido. Para él, era más manejable seguir repitiendo estas experiencias, sobre las que tenía un cierto grado de control, que atravesar el proceso de la psicoterapia, y enfrentarse con una figura desconocida sobre el extremo sufrimiento emocional de su propia vida. La necesidad de ser mirado por otros, aspectos voyeuristas y exhibicionistas, con frecuencia están presentes en personas que durante su niñez han sido testigos de violencia doméstica. Se convierten así en actores de un espacio abierto, desplegando su dolor emocional de una manera organizada y sistemática, y con una modalidad maníaca.

Sobre la posibilidad de transformación del trauma

Desearía concluir con un sesgo optimista. En el ciclo de la violencia existe la posibilidad real de que aquellos que fueron afectados continúen con un patrón similar en sus propias vidas, a menudo convirtiéndose en victimarios. Pero hay por supuesto factores desconocidos, como la resiliencia o las estrategias para superarla, que son variables en cada caso. Es así que no todos los que hemos sido testigos de violencia doméstica hemos llegado a ser

victimarios. De hecho, esas experiencias pueden haber sido responsables del estímulo para actuar en otras direcciones, como tratar de comprender los mecanismos de la violencia. Obviamente este ha sido el caso de James Gilligan, cuya vida profesional está dedicada a la comprensión de la violencia, tal vez como un intento por entender a sus propios antepasados. En cuanto a mí, conciente o inconcientemente traté de distanciarme en alguna medida de mi propia experiencia como testigo, y en cambio traté de entender otros aspectos más severos de la violencia, como el abuso físico y sexual en familias y qué es lo que hace que un victimario se convierta en tal.

Es obvio que para los clínicos, la elección de una profesión tan difícil como la psicoterapia forense revela la presencia de desafíos previos en sus vidas personales. Por ejemplo, con frecuencia he notado fantasías de rescate y deseos de reparación en personas que se comprometen con este tipo de trabajo. Es entonces cuando me pregunto: ¿todos ellos experimentaron algún tipo de trauma emocional que conciente o inconcientemente sienten la necesidad de metabolizar? ¿Cuántos de nosotros que ejercemos esta profesión experimentamos no solo severas pérdidas traumáticas, sino también un gran sentimiento de desamparo e impotencia al tener que manejarnos con los disturbios familiares, que han creado un deseo de reparación? Hay una necesidad de conseguir un sentimiento de justicia hacia lo que se sintió como un dolor infligido, desde adentro hacia fuera, sobre el que no se tuvo control. En este terreno, el darse cuenta de los procesos inconscientes es crucial. Debemos ser suficientemente humildes para reconocer la importancia de los factores externos y no sólo los internos. En algunos momentos nos sentimos, tal como nuestros pacientes se sienten todo el tiempo, demasiado heridos para ajustarnos a un desarrollo “normativo” o demasiado enojados para comprometernos y establecernos en lo que sería considerado una

profesión más segura y dócil. También pensé si estas profesiones más “seguras” nos hubieran dejado frustrados e irritados: quizás las hubiéramos encontrado “fútiles” o “triviales”. Puede ser que nuestra necesidad de estar en lugares límites es lo que nos hace posible creer que nuestras vidas valen la pena.

Esta afirmación puede parecer un tanto pretenciosa, pero discutir este tema personal con amigos, colegas y estudiantes me brindó cierta evidencia de que esto es una verdad compartida. Es también posible que, a diferencia de nuestros pacientes, hayamos tenido algunas experiencias “suficientemente buenas” para “permitirnos” esta elección desde adentro. Es así que nos organizamos para trabajar en un ambiente considerado por la mayoría como arriesgado y en el que podemos estar expuestos a repentinos estallidos de violencia. ¿Son capaces nuestros pacientes de sentir nuestra vulnerabilidad y propensión a la violencia? A veces somos bastante afortunados en utilizar nuestros impulsos violentos de manera creativa, y es así como podemos comunicarnos con ellos.

En contraste, los pacientes que provienen del ámbito judicial se sienten “empujados” hacia una vida de venganza y odio para hacer justicia, por una falta de elecciones a causa de traumas muy numerosos o demasiado brutales, emparejados con circunstancias adversas recurrentes, privación emocional y negligencia inmanejable. Es así que la auto

destrutividad guía su identidad, perpetuando la falta de cuidado que tuvieron al comienzo de sus vidas. Este aspecto, obvio con frecuencia, es subestimado, incomprendido y aún ignorado no solamente por quienes los rodean sino también por ellos mismos.

El trauma y la violencia están asociados, con frecuencia, en forma negativa, con cualidades consideradas destructivas. Pienso que también hay elementos positivos en ambos. Los traumas pueden generar una enorme cantidad de energía creativa, que puede permanecer oculta por siempre, si no se plantean como un desafío. Si se aprende el cómo se sobrevive al trauma y a la violencia, pueden surgir oportunidades para el crecimiento psicológico en tiempos de adversidad. Los estallidos de violencia también pueden ser considerados como intentos de un nuevo comienzo, abriendo nuevas posibilidades.

El trauma y la violencia tienen el potencial de la destructividad, pero también el del crecimiento emocional. La experiencia de haberse recobrado pudiendo manejar exitosamente el desamparo y las amenazas de la vida pueden desencadenar un sentimiento de dominio, de capacidad para establecer seguridad y contención. Nuestras vidas se enriquecen a través de la integración de los traumas cuando hemos sobrevivido efectivamente serias amenazas a nuestra identidad y hemos surgido como un todo y no en forma fragmentaria.



* **Sobre la Autora** La Dra. Welldon es médica psiquiatra y psicoanalista, nacida en Mendoza, Argentina, donde realizó sus estudios en la Universidad nacional de Cuyo. Es consultora honoraria en Psicoterapia en la Portan y Tavistock Clinic, Londres. Ejerce su labor privada como psicoterapeuta psicoanalítica y consultora institucional.

Ha ejercido su labor por más de treinta años en una clínica psiquiátrica que trataba casos de delincuentes, criminales y perversos. Fundó y fue elegida presidente honorario vitalicio de la Asociación Internacional para Psicoterapia Forense en Inglaterra, en 1991. Es miembro de la Asociación británica de Psicoterapia, del comité psicoanalítico británico, del Instituto de análisis

grupal, del grupo americano de la Asociación de Psicoterapia y de la Asociación internacional de psicoterapia de grupo.

En 1997 fue doctorada honoraria en Ciencias de la Oxford Brookes University en reconocimiento por sus trabajos desarrollando y promoviendo la psicoterapia Forense.

Autora de un libro de singular repercusión, material de lectura en varias universidades, especialmente en EE.UU., traducido al alemán, italiano, griego y turco, llamado “Madre, Virgen, Puta”, “La idealización y denigración de la maternidad”, publicado por Free Association Books, 1988. También del libro “Sadomasoquismo”, en 2002. Asimismo, fue la primera editora de una “Guía práctica para la psicoterapia Forense”, en 1997.

4 PSICOANÁLISIS Y CULTURA

Este espacio estará destinado a presentar textos sobre el psicoanálisis aplicado a diferentes disciplinas.

En este número agradecemos la aportación de:

Celia Bartolomé y Carmen de la Torre. Reflexiones sobre la película “Las Llaves de Casa”,
De: Gianni Amelio

ψψψψψψψψψψψψψψψ

Libros de Reciente Publicación:

- “Clínica Psicoanalítica en Adolescentes. Sus Vicisitudes”. Compiladoras: **Alicia Montserrat y Manuela Utrilla.** Autores: **María Hernández, Sabin Adúriz, Manuel de Miguel, Magdalena Calvo Sánchez-Sierra.**
- “La Tzibeles. Cuentos sobre el Absurdo de la Identidad”. **Jaime Szpilka.**
- “Y de mi sufrimiento, ¿qué? Un recorrido por la psicopatología infantil”. **Norah Tamaryn.**

4.1 REFLEXIONES SOBRE LA PELÍCULA “LAS LLAVES DE CASA”. CELIA BARTOLOMÉ Y CARMEN DE LA TORRE*

Introducción y reseñas del director.

Se es madre/padre en relación a otro, el hijo. Ambos se constituyen en constante interacción, lo que depara múltiples posibilidades. Cuando nace un hijo enfermo irrumpen en esta relación, en imperativo, los cuidados médicos. Nosotras nos preguntamos: ¿Cuál es el devenir de los padres de un hijo enfermo? ¿Cómo se alcanza la subjetivación/individuación de este hijo? ¿Qué lugar ocupa los tratamientos médicos? Vamos a tratar de exponer algunas ideas que nos acerquen a las respuestas, a través del análisis de esta película.

Gianni Amelio nació en la provincia de Catanzaro, Calabria. Su padre se trasladó a Argentina cuando él era todavía un bebé, por lo que su infancia y adolescencia trascurrieron

con su madre y su abuela. La ausencia de la figura paterna en la crianza y sus repercusiones serán una constante en los trabajos cinematográficos de este director. Películas como “The Stolen Children” (1992) “Lamerica” (1994) tuvieron gran reconocimiento.

“Le Chiavi di Casa” (2005) es una película cuyo guión es del propio G. Amelio, inspirada en la novela “Nacido dos Veces” del novelista Giuseppe Pontiggia; dicha novela narra los cuidados de un padre a su hijo enfermo durante 30 años.

“Las llaves de casa” nos permite pensar sobre la identidad de ser padre/madre y ser hijo con

un diagnóstico neurológico importante; parálisis cerebral espástica.

La trama de la película se inicia con el desmantelamiento familiar tras el nacimiento de un hijo enfermo y la muerte de su madre en el parto. El hijo es criado por unos tíos maternos que deciden por consejo médico contactar con el padre. Aquí comienza la película y el viaje en busca de una identidad. En torno al padre aparecerá una madre muy interesante, que le ayudará a conectar con su propia historia.

La paternidad es un camino sin retorno, lleno de interrogantes que se resuelven avanzando por él; y una vez iniciado no tiene vuelta atrás. Como la identidad se constituye en relación a otro, en realidad se construye en relación al deseo del otro. Tras el nacimiento de un hijo los padres sufren una desilusión por la pérdida del hijo ideal respecto del hijo nacido, se inicia un proceso de ajuste y encuentro emocional que supone un trabajo psicológico en ellos y un intercambio entre los padres y el hijo nacido. Con el nacimiento de un hijo enfermo, este proceso de duelo es mucho más doloroso y difícil, la evolución de la enfermedad, los avances científicos, las diferentes respuestas del niño a los tratamientos, mantienen el duelo mucho más activo: ilusiones y desilusiones continuamente presentes.

P. Gutton plantea que cuando los padres “asumen la enfermedad somática del hijo” la presencia del padre es fundamental y que la fantasmaticización del hijo y su enfermedad es un proceso no exento de angustia, cito textualmente: “La participación del padre es fundamental en esta evolución. La posibilidad de fantasmaticizar a este hijo enfermo constituye el núcleo de la organización defensiva. Ésta visiblemente, opera según modos angustiados.... Entre los significantes

médicos y la historia personal parental se producen encuentros inesperados y dramáticos. En el problema de la reciprocidad entre la organicidad y las investiduras maternas hay una mayoría de autores que registran una espiral de interacciones complejas o procesos circulares que van del trastorno somático al trastorno psíquico del hijo y del trastorno somático al trastorno psíquico de los padres”.

Kreisler habla de “la madre enfermera” haciendo referencia a cómo en muchas ocasiones, tras el nacimiento de un bebé enfermo, el discurso médico referido a lo real bloquea la experiencia simbólica personal con el bebé, favoreciendo frecuentemente actuaciones en los cuidados y proyectos institucionales.

Recoger el estado emocional de los padres y la familia tras el nacimiento de un niño con problemas es fundamental ya que los padres se encuentran en una situación de gran dificultad y con frecuencia los tratamientos médicos, y la exigencia de cuidados descuidan estos aspectos.

¿Quién es? ¿Quién soy?

La película comienza, en la estación de tren, cuando Gianni mirando la fotografía de Paolo, pregunta: *¿Cuántos años tenía aquí?* El tío Alberto que ha cuidado del chico desde el nacimiento le responde: *tenía 6 años, todavía no sabía andar*. Gianni sigue preguntando: *¿Se parece a mí?* El tío Alberto responde: *no, Lidia dice que es clavado a su madre*. Gianni continúa preguntando: *¿Por qué queréis que lo vea ahora?* El tío Alberto responde que no son ellos sino que los médicos aconsejan que vea a su padre, *dicen que podría ocurrir el*

milagro. Gianni dice: *tu mujer me debe odiar*. A lo que responde: *Para ella tú moriste aquel día*. El tío le comenta cómo es Paolo cuenta varias anécdotas y finalmente le dice: *es un niño increíble, no te lo mereces*.

Gianni mira la foto y pregunta; busca desde lo imaginario un parecido con el chico a él mismo, busca algo que les una, que les permita un acercamiento. Lo que encuentra es falta de apoyo y reconocimiento. Le preocupa qué piensan los demás de él; siente que el tío Alberto y la tía Lidia que le han criado le odian por lo que ocurrió. De algún modo busca un perdón, consuelo, una legitimación en ellos como impulso en este viaje lleno de preguntas. Se siente inseguro sobre qué hacer y pregunta: *¿Qué le digo cuando se despierte? ¿Sabe él quién soy?*, pregunta que va a estar presente a lo largo de toda la película.

Gianni además acaba de ser padre de un niño sano de ocho meses de edad, tiene una esposa y vive en familia.

Se suceden varias escenas en el interior del tren camino de Berlín. Gianni conoce a Paolo en el primer encuentro con el chico, Gianni no sabe que decir y es Paolo quien le ayuda: *¿quieres decirme algo, todo bien, más o menos?* Paolo hace lo que le parece, música alta sin límites. Gianni para compensar su no saber hacer cómo padre le ayuda demasiado, le permite todo. Le intenta sujetar cuando camina, en el lavabo no sabe como tratarle. El chico le dice: *no hace falta que me aguantes...cuando está en el baño: ayúdame...vete que no me concentro...luego me ayudas con la camisa*. Paolo se presenta cómo el bebé, se da a conocer a un otro que recoge los mensajes y entran en relación.

El tren, un taxi, el coche son elementos simbólicos de cambio que elige el director para que se sucedan encuentros, desencuentros e incertidumbres entre padre e hijo ambos desconocidos a lo largo de toda la película.

Ya en el hospital de Berlín, Gianni se identifica como padre de Paolo, la recepcionista al tomar los datos ve que los apellidos no coinciden, vuelve a aparecer la pregunta por la identidad, (ser padre no es tan fácil, no vale con decirlo), busca el único reconocimiento que tiene, los papeles y dice: *tengo autorizaciones*, la recepcionista con la mayor indiferencia, contesta: *“el hospital cura la enfermedad, no la vida privada”*.

Gianni es un padre primerizo, de un bebé que acaba de nacer y de un niño enfermo que abandonó y acaba de renacer en su vida. Es convocado para ser padre primerizo de dos hijos a la vez muy distintos. Busca y de alguna manera pide un gesto de perdón, apoyo y reconocimiento que legitime su reciente paternidad. Pero los papeles no sirven, como le dice la enfermera y formula una pregunta que pone en Paolo: *¿Sabe él quien soy?* Ahora ante la respuesta de la enfermera él se pregunta: *¿quién soy?*

Paolo poco a poco se va sintiendo familiarizando con el entorno hospitalario y hay varias escenas que lo van mostrando. Gianni por otro lado está tenso y ansioso. Los movimientos en los pasillos de los médicos, de los pacientes, de los padres de los pacientes, los goteos, son el ruido hospitalario, es el entorno claustrofóbico, asfixiante y tenso en el que se diagnostica y se trata la enfermedad.

En el primer acto médico de Paolo, le sacan sangre, Gianni se siente mareado y sale de la habitación en busca de oxígeno, intenta abrir una ventana y no puede, se produce el primer encuentro con Nicole, (Charlotte Rampling) que con excepcional interpretación en toda la película, le dice algo en alemán, suponemos que le dice que no se pueden abrir. Nicole va a ser un personaje muy importante en la trama de la película, sostiene la pregunta ¿Quién es el padre? Y es quien va a ayudar a Gianni a que esa pregunta la haga propia.

Esta escena podría entenderse como un intento de repetición de lo que ocurrió en el nacimiento de Paolo, que cuenta más tarde en la película. Ante su reciente paternidad, y rodeado de médicos, reaparece el deseo de huir de nuevo, con igual intensidad cómo ocurrió hace 15 años cuando en la puerta del paritorio, murió su mujer y nació Paolo. En el cuidado de un hijo con dificultades las ganas de huir, la angustia y el dolor aparecen recurrentemente pudiendo significarse como amenaza para la continuidad familiar. Nicole contará su experiencia con su hija y su marido. Su presencia en la escena de la ventana que no se puede abrir es un intento de decir – sus esfuerzos son vanos, de esto no se puede salir-. Ser padre es una identidad que no tiene vuelta atrás, ser padre en un hospital con un hijo enfermo es asfixiante, solitario. La angustia, el deterioro, la muerte está presente sin descanso, a menudo los padres no tienen respiro. La enfermedad de un hijo resuena en toda la familia. Los médicos en los hospitales atienden la enfermedad, son como soldados que combaten la muerte, exactos, disciplinados, siempre atentos, pero en los pasillos, tal y cómo se ve en la película, unos padres se interesan por la vida y el sufrimiento de otros padres, sin pudor.

Ella pregunta sin reparo: *es raro ver hombres por aquí, el trabajo sucio lo hacen las mujeres, los hombres no lo aguantan, dan marcha atrás.., ¿es usted el padre de ese niño?* Gianni lo niega y se va.

Reaparece la pregunta por el padre, y como suele ocurrir, ingenuamente, da en el clavo. ¿Es el padre? En el pasado ha sido un hombre cómo los hombres de los que ella habla, que no aguantan, que dan marcha atrás. En el presente es un hombre con preguntas, con recuerdos. La pregunta de Nicole toca la herida sin anestesia, sin contención para el dolor. Finalmente sale corriendo. Necesita un respiro, un descanso sin abandonar. Esto ocurre con frecuencia en los pasillos de los hospitales, los comentarios de otros padres pueden ser certeros pero crudos, y brutalmente dolorosos favoreciendo el aislamiento, el refugio en la soledad. El sufrimiento de los padres se vive en silencio. Pero ¿qué va a ayudar a Gianni, el silencio o las palabras?

Se suceden escenas en las que Paolo y Gianni se interesan el uno por el otro y reaparece la pregunta *¿eres mi padre? ¿Me han tomado el pelo?* Gianni, no responde, una respuesta le enfrenta al pasado, se comporta como un cuidador amable.

- Al final de cada día llama a su mujer y le va contando su experiencia con entusiasmo. Ella está sola con un bebé que llora. El está solo con un chico discapacitado, que no conoce. Es la puesta en escena de la pareja de padres hablando de sus hijos con dos realidades muy diferentes, en la que finalmente cada hijo es de uno.

Los padres de hijos con enfermedades crónicas viven esta realidad permanentemente. Son dos vidas, la vida de los hijos con necesidades especiales y la vida del mundo cotidiano de la normalidad que es la de los padres y los hijos sanos. Vidas diferentes que despiertan sentimientos de rabia y culpa de gran intensidad.

Se suceden escenas que permiten a Paolo y Gianni conocerse, el chico le enseña cómo tiene que vestirle para que no le duela, cómo lo tiene que sujetar. También aparece el reproche de Paolo cuando Gianni no lo hace bien. En este conocerse se constituye la función materna, desde el deseo de la madre y en la relación de intercambio mutuo con el hijo. Los cuidados, la contención, el acompañamiento hacen referencia a la función materna que hombres y mujeres ejercitan con sus hijos invistiendo libidinalmente el cuerpo del hijo. Pero la función paterna, ser padre, es otra cosa. Gutton señala: “el padre es distinto: su lugar está señalado como el representante actual de la historia edípica de la madre,” es quien permite que el intercambio mutuo madre-hijo necesario para la libidinización del cuerpo del bebé se despliegue adecuadamente y de acuerdo a un orden (la pareja sexual de la madre es el padre y no el hijo).

A Gianni le toca hacer de madre y padre, se atreve a tocar, lavar cuidadosamente al chico. La consolidación de la relación con su hijo (intercambios mutuos), y la presencia telefónica (simbólica) de la madre le permite colocarse en el lugar de padre y establecer un orden paterno. Paolo no quiere bajar el volumen de la TV y después de varios avisos, le apaga la TV mirando al chico con autoridad y esperando una respuesta.

Paolo se calma y comienza a hablar de los límites que le pone el tío Alberto, lo que tiene que hacer para que no le eche de casa, le enseña **las llaves que tiene** y a qué pertenecen.



Son las llaves que permiten acceder a una identidad propia:

- Para el hijo supone el reconocimiento del padre de su propia individuación y autonomía de su crecimiento.
- Para el padre, supone saber quién es, saber cual es su función, ese orden paterno que permite la separación - individuación en el hijo.

Este es el camino, tiene varias llaves. La paternidad es un proceso con numerosos interrogantes que solo se pueden resolver a medida que van apareciendo. Gianni tendrá que enfrentarse a la enfermedad, a unos tratamientos agresivos, mucha incertidumbre, situaciones inexplicables y sentimientos contradictorios que reactivan conflictos pasados. Estas llaves no las conoce. Nicole cuenta su experiencia con su hija aludiendo a la novela que lee “Nacido dos veces”

Después de sus pequeñas confidencias, le pregunta por él mismo, de forma imprudente y temeraria *¿tiene algo de lo que hacerse perdonar?* Parece el padre de Paolo. De nuevo retorna la pregunta, él lo vuelve a negar.

La película continúa poniendo en evidencia la dureza del tratamiento que sigue Paolo y la exigencia de la doctora. En la escena hay

varias personas observando al chico cómo camina solo, lleno de cables, ¿quién mide su necesidad de respirar? Gianni que acaba de entrar en la sala de terapia se lanza a él y le abraza.



Escena de la película

En el siguiente encuentro de Gianni y Nicole ésta le pregunta: *¿Se puede saber qué ha hecho?* La doctora está muy enfadada...ellos dicen que a veces los padres son más difíciles que la enfermedad. Gianni le contesta: *Paolo necesita otras cosas.* Nicole vuelve a ser certera en su comentario: *debió sentirse muchas veces solo cuando nació ¿qué paso?* Gianni no le contesta porque no quiere volver a mentir, podrá afrontar su pasado cuando se sienta seguro de poder sostener algo del orden de la paternidad de Paolo.

Hay un tercer encuentro importante entre Nicole y Gianni. Paolo se pierde en la ciudad y ella le ayuda, le cuenta lo que ocurrió en el nacimiento de Paolo: *ese ruido de la puerta que golpea ha permanecido en mi cabeza durante años...continuaban llegando médicos...entraban y salían sin parar. En un momento entra un médico y dijo el médico: la madre no lo ha logrado, pero el niño se ha salvado... pero el niño tiene un problema... la madre y hermana me miraban como diciendo*

tú has tenido la culpa, tenía 19 años. Nicole le pregunta: *¿Quién ha cuidado de su hijo?* Gianni no responde a la pregunta y dice: *Yo ni siquiera quise verle, le he conocido hace tres días.*

En este diálogo cuando Nicole le pregunta quien cuidó de su hijo este tiempo, reconoce a Gianni como padre en el sufrimiento y dolor que solo los padres pueden sentir por los hijos, ella sabe mucho de eso. Él no acepta este reconocimiento, la culpa y los autorreproches no se lo permiten.

Cuando Paolo se pierde, la enfermedad asoma sin avisar. La angustia por la pérdida de su hijo le permite tomar conciencia y sentir el sufrimiento de padre. Nicole lo sabe y por eso le dice: *Prepárese a sufrir si quiere estar cerca de su hijo.*

A partir de este momento se suceden varias escenas en las que Nicole entra en su lado oscuro. *Cuando veo a alguien mejor que mi hija y mi hija sufre soy envidiosa y no me avergüenzo.* Y continúa más adelante ... *Hace más de 20 años que en cada momento pienso solo en mi hija, mientras la lavo, mientras la acaricio. A veces ella me mira con ojos desesperados y yo digo dentro de mí por qué no se muere.* Coge el tren y se va, no vuelve a parecer en la película.



Escena de la película.

¿A qué sufrimiento se refería? La película muestra el sufrimiento de los padres en dos planos: El dolor por el hijo enfermo y el propio narcisismo herido; sufrimientos con los que los padres batallan toda la vida.

Después de la tormenta llega la calma. El asfixiante entorno hospitalario en el que se desvelan emociones inconfesables y sufrimiento intensos da paso al oxígeno nuevo y puro de los espacios abiertos de Noruega. El viaje no ha sido en vano, padre e hijo tienen un lugar propio y disfrutan juntos. Pero en la mejor de las condiciones la enfermedad acecha, reaparece en la escena del coche, el dolor y tristeza aparece de nuevo, ya es padre. Nicole se lo había anticipado.

REFLEXIONES EN RELACIÓN A PAOLO

Paolo ha nacido con parálisis cerebral espástica. Es un muchacho ingenuo, que no diferencia entre el peligro y la seguridad, la maldad y la bondad. Puede caminar, pero lo hace con dificultad, ayudándose de un bastón.

Paolo es un muchacho de quince años, se encuentra por primera vez con un padre, que ante un hecho traumático, fallecimiento de la esposa en el nacimiento de un hijo deficiente, huye y se desentiende, incapaz de asumir semejante responsabilidad. Debido a un tratamiento muy especial de la enfermedad, es convocado para acompañarlo a Berlín y se espera que al ver a su padre, el milagro funcione.

Ambos tienen que dejar cosas: Paolo la familia que le ha visto crecer y Gianni su mujer y un hijo de ocho meses.

En la cafetería del tren, se produce el primer encuentro, Gianni aparece con los zapatos de Paolo y le pregunta qué sabe, qué le han dicho de él. Paolo le pregunta a su vez si sabe su móvil, *¿quieres que suba la música?*, quizás como medio de comunicarse.

Paolo desconcierta a Gianni, *no quiero que me aguantes, puedo yo solo*. Gianni se siente tan frágil como su hijo. Pero Paolo le enseñará espontáneamente a tratarlo, a cuidarlo, a ir disolviendo poco a poco su angustia de presente y sobre todo de futuro, ante la vida de este hijo como ser especial y necesitado.

Paolo se moverá entre la **reprobación** (se te olvidó darme la medicina), a unos rasgos paternos de protección, *vete yo puedo quedarme solo*. Irá reclamando su autonomía (no me mires, no me dejas concentrarme... yo se caminar, puedo comer solo). Pero si necesito que me digas cosas de ti, de tu trabajo, si tienes novia... que me confirmes que eres mi padre, que no me han tomado el pelo.

Juegan al descubrimiento, pequeño, lento y velado de las inquietudes de esta pareja padre e hijo, que se animan a seguir.



Escena de la película

Paolo le habla de aquello que le hace sentir distinto, tiene que ir al colegio, él tiene bastón. Paolo le pregunta a Gianni: *¿adivina que vamos hacer hoy? vamos a jugar al balón*. El colegio le confronta con otros muchachos, ellos juegan al balón, a él le llevan en coche. Percepción e identidad de su discapacidad.

LA LUCHA DE PAOLO, ES LA LUCHA DE SER ÉL MISMO CON SUS DEFICIENCIAS.

A partir de aquí se producirá un segundo momento por parte de ambos, enfrentamiento a la discapacidad que padece.

A lo largo de la película vamos viéndolo. Cuando llegan al hotel, Paolo pregunta a Gianni: *¿estos también tienen que operarse?*, Gianni le responde: *¿tú que crees?, que si y ríe*. O en la escena que le pregunta a Nicole si entiende a su hija y le dice: *esa chica no es del todo normal*.

EL GRADO DE DISCAPACIDAD, ES OBJETO DE UNA RIVALIDAD SILENCIOSA, TANTO POR PARTE DE LOS PADRES COMO DEL HIJO.

En el hospital, viendo jugar al baloncesto a otros muchachos en sillas de ruedas, Paolo le dice a Gianni: *no se juega en silla de ruedas, sino de pie*. Se escapa, coge solo el autobús, pero necesita a alguien que le suba.

En el mecanismo de la negación, el sujeto formula sus deseos y pensamientos hasta entonces reprimidos, pero sigue defendiéndose, negando que le pertenece.

Paolo reconoce sus dificultades para andar, pero se comporta como que a él no le pasa. Esta conducta onnipotente, que intenta negar la propia deficiencia, le lleva a una situación de riesgo.

MOMENTO EVOLUTIVO DE PAOLO

Los niños con discapacidad, atraviesan las diferentes etapas evolutivas como cualquier muchacho. La presencia de la enfermedad, desdibuja las necesidades y consideraciones propias en cada momento

Paolo es un adolescente, con los deseos y motivaciones propios de un chico de quince años. Le gusta una chica que ha conocido por Internet, Cristine. Quiere saber de las relaciones con las chicas, cómo puede gustarles, qué camisa debe ponerse para gustarle, pero a la vez percibe sus propias circunstancias, sus zapatos no son iguales que los de los otros chicos, no son normales.

Emprenden un viaje a Noruega a conocer a Cristine. En el barco Paolo mira a una pareja de enamorados.

Paolo ante la propuesta del padre de llevarle a casa, quiere tener una habitación grande, reconocimiento de su individualidad y pertenencia, también quiere abrir con sus llaves. Trofeo que el adolescente consigue cuando los padres le conceden la suficiente autonomía, acompañar el crecimiento de un hijo. Se trata de tener la clave para abrir la casa.

Paolo nos hace partícipes de su humor, de sus incoherencias divertidas y repentinas y de igual manera nos hace sentir incómodos con sus impulsos, sus dificultades, hasta que en conjunto, admiramos su fortaleza natural, casi innata, que necesariamente le tiene que acompañar en su vida. Para Paolo no es fortaleza, es el ahora, el momento, al compás de la sintonía de su mente y de su cuerpo. Éste es el niño alucinante que percibe su tío Alberto.

Estos niños nacen dos veces. Deben aprender a moverse en un mundo que el primer nacimiento ha hecho más difícil. El segundo dependerá de lo que los padres le puedan dar. El recorrido será más difícil, pero también para los padres será un renacimiento.

Confrontación continúa en la vida cotidiana de la discapacidad. Esto podemos verlo en la película, cuando en el parque se mira con un niño, seguidamente el niño hace girar la rueda con sus piernas. En la escena en la calle, del baile y la cantante, dos aspectos en los cuales se hace evidente la discapacidad de Paolo.

No se combate negando la diferencia, sino modificando la imagen de la norma. Ese sería uno de los trabajos que ambos, padre e hijo tendrán que ir haciendo.

Pontiggia nos recuerda, ante una sociedad que parece requerir una masa de individuos uniformes, que las diferencias existen, que son buenas y que pueden llegar a enriquecernos más allá de lo imaginable.

Giuseppe Pontiggia en su libro “Nacido dos veces”, termina con esta dedicatoria:

A LOS DISCAPACITADOS QUE LUCHAN NO POR SER NORMALES, SINO POR SER ELLOS MISMOS.



BIBLIOGRAFIA:

- Philippe Gutton. “El Bebé del Psicoanalista. Perspectivas Clínicas” Amorrortu Editores.1987
- Giuseppe Pontiggia. “Nacido dos veces”

*Sobre las Autoras:

Celia Bartolomé Sacristán es Psicóloga – Psicoterapeuta. Coordinadora del espacio de “Cine Forum” de la Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid, desde sus inicios en el año 2006. Desarrolla su práctica profesional en el ámbito privado. E-mail: celiabartolomesacristan@hotmail.com

Carmen de la Torre Gordo es Psicóloga Clínica – Psicoterapeuta. Coordinadora del espacio de “Cine Forum” de la Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid, desde sus inicios en el año 2006. Psicóloga Clínica del equipo multidisciplinar de la Unidad Funcional de Enfermedades metabólicas del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid durante al año 2011. Psicóloga del equipo multidisciplinar del Centro de Atención a la Infancia nº 5 del Ayuntamiento de Madrid, desde el año 2005. E-mail: carmen-t-g@hotmail.com

4.2 CLINICA PSICOANALÍTICA EN ADOLESCENTES. SUS VICISITUDES. DE MARÍA HERNÁNDEZ, SABIN ADURÍZ, MANUEL DE MIGUEL Y MAGDALENA CALVO SÁNCHEZ SIERRA. COMPILADORAS: ALICIA MONTSERRAT Y MANUELA UTRILLA. EDITORIAL BIBLIOTECA NUEVA, S.L. MADRID 2013

Sobre el Libro:

Este libro permite explorar lo que el estudio psicoanalítico con adolescentes enriquece al psicoanálisis. Su estilo tiene un perfil conceptual relacionado con una dialéctica permanente entre la práctica y la teoría. El lector podrá encontrar en esta dialéctica sendas para reflexionar sobre la propia experiencia, además de hallar a analistas de adolescentes trabajando e intentando dar comprensión a la complejidad y dificultades de los procesos inconscientes de la psiquis del adolescente.

El punto de partida en este libro, nos enfrenta al cuerpo en la adolescencia, sin duda con un papel atribuido por la teoría psicoanalítica como objeto en la constitución de la vida psíquica. Por esos caminos, los analistas abordan las vicisitudes históricas del sujeto, sus relaciones de objetos significativas y las identificaciones; a la vez que elabora el complejo nuclear Edipo-castración, clave esencial para una verdadera realización de un proceso analítico con adolescentes. Asimismo, descubriremos una serie de hallazgos clínicos y vericuetos en el sufrimiento adolescente, donde se ponen en juego hasta el extremo las condiciones que propician las descompensaciones psíquicas y somáticas. Finalmente, plantea interrogaciones sobre el

contexto de la cultura; estas reflexiones, llevan a comprender cómo puede articularse e influir la revolución tecnológica en las emociones de los adolescentes.

Sobre las Compiladoras y los Autores:

Compiladoras:

- **Alicia Monserrat**, Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)
- **Manuela Utrilla**, Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)

Autores:

- **María Hernández**, Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)
- **Sabin Aduríz**, Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)
- **Manuel de Miguel**, Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)
- **Magdalena Calvo Sánchez-Sierra**, Miembro Asociado de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM)

Índice

- *Prólogo*, Alicia Monserrat
- *El cuerpo adolescente*, María Hernández
- *El pensamiento adolescente*, Sabin Aduriz
- *Representación, adolescencia y psicosomática*, Manuel de Miguel
- *Generación@rroba: Los adolescentes y las nuevas formas de comunicación*, Magdalena Calvo Sánchez-Sierra.

4.3 LA TZIBELES. CUENTOS SOBRE EL ABSURDO DE LA IDENTIDAD. DE JAIME ISAAC SZPILKA ZACHAREK. MENTECATA EDITORIAL. 2013

Sobre el Libro

Inmigrantes, emigrantes, polacos, españoles, argentinos, ingleses, judíos, “goyim”, “schwartz kop”, condes, marqueses, psicoanalistas, comunistas, fascistas, boxeadores, tenistas, mendigos, ricos, muertos de hambre, etc., forman el interminable calidoscopio donde se arma y se desarma constantemente la loca e imaginaria ilusión de unidad que llamamos identidad. A través de cinco cuentos el autor intenta destacar la identidad como el ornamento de una nada. La tragedia adviene cuando esa nada central que debe permanecer vacía, intenta sustancializarse y codificarse. Cualquier identidad que sea incapaz de dialectizar el ornamento con la nada central queda cegada en la posibilidad de asumir que no hay nada más puro que la impureza misma. El afán por la pureza es la desgracia de todos los absolutismos, donde la razón se hace mortífera estatua por no dejar vacío el lugar de la imposible verdad.

Sobre el Autor

Jaime Szpilka: en la facultad de ciencias médicas de la U.B.A. obtuvo los títulos de médico, médico psiquiatra, doctor en medicina y profesor auxiliar en clínica psiquiátrica. Realizó su formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Argentina, de la cual fue presidente de 1974 a 1976. A comienzos de 1977 emigró a España donde ejerce en la actualidad y donde fue vicepresidente de 2000 a 2004 de la APM. Es miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional y miembro titular con función didáctica en APA y APM. Autor de varios libros, “Bases para una Psicopatología Psicoanalítica”, “La Realización Imposible”, “Teoría Psicoanalítica y Esquemas Referenciales”, “Sobre la Cura Psicoanalítica – una palabra de amor”, “Creer en el inconsciente”, y coautor de libros colectivos entre los que se destacan “Géopsychanalyse”, 14 conferencias sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica”, “Hamlet – ensayos psicoanalíticos”. Es asimismo autor de numerosos artículos publicados en revistas especializadas internacionales.

Índice

- El reloj
- La muy terrible mala suerte del Dr. Perelman
- La plaza
- El smoking
- La extraña consulta

4.4 Y DE MI SUFRIMIENTO ¿QUÉ?. UN RECORRIDO POR LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. DE NORAH TAMARYN. EDITADO POR NORAH TAMARYN, WWW.NORAH-TAMARYN.COM

Sobre el Libro

En los diagnósticos sobre enfermedades mentales o trastornos se sigue buscando el gen, la alteración bioquímica o la predisposición genética que permitan corregir con algún psicofármaco a medida, con algún tipo de cirugía o mediante intervenciones genéticas esa falla que convierte al niño o al adolescente en un conflicto.

El discurso médico y su definición de síntoma y enfermedad no son válidos para situarse frente al acontecer psíquico de un sujeto, sea este un niño, un adolescente o un adulto.

En la medida que se avanza en la práctica del psicoanálisis y más aún en el análisis con niños se hace evidente que una de las mayores dificultades es la de mantener presente la pregunta que el sujeto plantea acerca de su propio sufrimiento, mientras situamos los distintos personajes que rodean la historia del sujeto, quienes, incluyen a su vez en su discurso, sus propias incógnitas acerca de la pesadumbre de un niño y su propio dolor personal.

Este libro se propone reflexionar alrededor de esa queja proveniente del niño, del adolescente, su familia y/o de los distintos

ámbitos que se relacionan con él , discriminando en esa queja la realidad exterior a la que todos estamos sometidos, de esa otra realidad que es propia de cada sujeto, y que se construye en otra escena.

A lo largo de la lectura de “Y de mi sufrimiento ¿qué?” vemos también algunas formas de intervención, a veces con la familia, la escuela e incluso la posible utilización de psicofármacos, siempre desde la perspectiva de aliviar el sufrimiento allí donde la producción de síntomas dificulte el trabajo psicoanalítico o ponga en peligro al sujeto tanto psíquica como físicamente, pero nunca para acallar el síntoma.

Sobre la Autora

Norah Tamaryn es psiquiatra y psicoanalista. Realizó el MIR de psiquiatría infantil y juvenil en La Plata (Buenos Aires, Argentina). Llegó a España con una beca del INSALUD EN EL Hospital de la Cruz Roja de Madrid.

Ha colaborado con diferentes asociaciones impartiendo cursos, seminarios y talleres de formación para profesionales, voluntariado, padres y los propios pacientes. Durante años ha sido docente del curso de Humanización

para la Salud de la Comunidad de Madrid sobre el psiquismo infantil, la enfermedad en el niño, el sufrimiento y la muerte, y su abordaje por la familia y el equipo asistencial. Colaboradora del Máster de psicoterapia psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid.

El trabajo clínico, la consulta privada y la investigación psicoanalítica han articulado siempre su actividad. Esta triple perspectiva “psi” enfocada al niño y al adolescente le ha permitido llevar a cabo un intenso trabajo en diversas instituciones de la Comunidad de Madrid, acometiendo los problemas de la infancia desde equipos multidisciplinares.

Índice

A modo de prólogo, por Manina Peiró
Presentación

PARTE I: Introducción al psiquismo

1. Desarrollo psicoafectivo del niño

Sigmund Freud, el mito de Edipo
Conceptos de estadio y desarrollo evolutivo en el niño
Anna Freud. Concepto de líneas del desarrollo
Melanie Klein. Concepto de posición
René Spitz. Concepto de organizador
Margaret Malher. Proceso de individuación
Winnicott y las relaciones objetales
Bowlby y la teoría del vínculo
Piaget y el desarrollo de la inteligencia
El dibujo en los niños: etapas del desarrollo.
El juego: evolución y técnico

2. Construcción del sujeto

De la necesidad al surgimiento del deseo
El estadio del espejo. Narcisismo
Cuerpo. Deseo. Goce
La función del padre: Metáfora Paterna y Nombre del Padre. Edipo Fantasma

3. Concepto de estructuras subjetivas

Neurosis .Psicosis. Perversión. Enfermedades de la mentalidad

PARTE II: Introducción a la clínica

1. Neurosis

Introducción a la teoría
Ansiedad y angustia en los niños
Neurosis traumática
Obsesiones y compulsiones. Neurosis obsesiva
Las fobias en la infancia
Fobia escolar o rechazo a la escuela. Ansiedad de separación La histeria: formas de presentación. La histeria en el niño

2. Perversión

3. Psicosis

Introducción a la teoría
Psicosis infantil: autismo

Psicosis de la edad escolar: esquizofrenia, paranoia y psicosis delirantes agudas
Concepto comunicacional de doble Vínculo

4. Psicósomática: enfermedad o fenómeno

Problemas psicósomáticos en el niño

5. Problemas relacionados con el sueño

Sueño normal

Comportamientos particulares o patológicos

6. Problemas relacionados con el estado de ánimo

Depresión infantil

Agresividad

Suicidio. Intento de suicidio

7. Problemas con el control de los esfínteres

Enuresis y encopresis

8. Problemas del comportamiento en los niños

Hiperactividad y disprosexia

Las fugas y el vagabundeo

Comportamiento psicopático

9. Problemas de aprendizaje en los niños

Dificultad y problemas del aprendizaje.

Deficiencia mental

Traumatismo de cráneo: clínica pos-traumática

10. Problemas del lenguaje

Problemas de etiología

Problemas de etiología diversa y mal definida

Mutismo infantil

El niño sordo y el lenguaje

11. Problemas en la conducta motora

Los tics

Las dispraxias Agitación

Síndrome de Korsakov

Síndrome de Ganser

12. Problemas de la conducta alimentaria

Restricción alimentaria en las neurosis y en la psicosis Anorexia/ Bulimia

13. Problemas de la percepción

Percepción

Síndrome psicoorgánico crónico

Epilepsia

Demencias

Síndrome de Rett

Síndrome frágil X

14. Problemas particulares

Maltrato infantil, el niño maltratado

Interconsulta "Psi"

El niño hospitalizado Duelo

15. Viñetas clínicas

Ana y los síntomas

María, ¡psi-lencio!

Andrea, Una forma de presentación

Nacho: historia de un cocodrilo

Harry: brujas y cereales

Anexo: Psicofarmacología en la infancia y la adolescencia.

Bibliografía

5 PADRES E HIJOS

Bienvenidos a este espacio dirigido a padres y profesionales de diversos ámbitos vinculados al mundo infantil o del adolescente.

En este número:

Gabriel Ianni. “El duelo en la infancia. Sus distintas máscaras”

5.1 EL DUELO EN LA INFANCIA. SUS DISTINTAS MÁSCARAS. **GABRIEL IANNI***

Hablar de duelo, supone hablar de un lento y laborioso proceso de elaboración mental que supone transformar aquello que se ha perdido en el exterior en una presencia viva en nuestro interior. Es sabido que el niño necesita vivir en un entorno familiar protector y continente en el cual desarrollarse. Pero el niño que se enfrenta a la muerte de un ser querido (alguno de sus padres, un hermano, un abuelo) está además inmerso en una familia que está igualmente conmocionada por la pérdida. Y cuando una de estas muertes se produce bajo los efectos de un acto de violencia social las consecuencias suelen ser aún más devastadoras porque a la pérdida se le suma el trauma.

Independientemente de cómo se produzca la pérdida, la primera reacción del ser humano es negarla, como si necesitara un tiempo para frenar la amenaza de desintegración psíquica ante el efecto traumático y devastador de la muerte. Superado este primer “¡No puede ser!” surgen la pena, el dolor, la nostalgia; sentimientos que suelen acompañarse con inhibición psicomotriz y con pérdida de la autoestima.

Pero en el niño, las formas en que se expresan estos afectos no siempre son tan claras. Si bien el dolor y la tristeza están presentes, el niño no siempre está en condiciones de expresarlo con palabras; suele disimularlo detrás de actitudes defensivas: El dolor físico reemplazando al dolor psíquico.

María tiene 8 años. Perdió a su padre hace ya dos años en un accidente. Se queja de jaquecas que no ceden ante ninguna medicación. Dice que no la dejan pensar en nada, que no puede concentrarse en nada que no sea ese dolor tan terrible que tiene en su cabeza y que no sabe de dónde le viene tanto dolor. Sin embargo, mientras me cuenta esto, coge unos lápices de colores y dibuja un paisaje dónde se ven dos montañas. En una de ellas hay una casita protegida por un cerco donde viven una niña con su madre; en la otra, estalló un volcán y la lava arrasó con todo el bosque, convirtiendo la montaña en un desierto. De este modo María nos muestra el efecto devastador que en su mente produjo la muerte de su padre y que pensar en ese dolor le resulta intolerable por la amenaza que supone.

El segundo elemento, la inhibición psicomotriz, es visible en los actos de la vida cotidiana, en particular por la mañana, donde el niño se refugia en un sueño que, sin embargo, ha tenido dificultad en conciliar. Manifiestan su inapetencia por los juegos, las actividades, y todavía más por el aprendizaje y las tareas escolares. Se muestran desinteresados, aburridos, desmotivados, expresando permanentemente un: “Me da pereza”.

Aquí la tristeza se hace evidente, pero muchas veces se refugian en actividades frenéticas que permiten mantenerlo alejado del dolor y la pena (¿hiperactivos?).

Finalmente, el tercer elemento, la pérdida de la autoestima, se observa en la mala imagen que estos niños tienen de sí mismos. El desinterés por la propia persona se traduce por la suciedad y el abandono de su aspecto. La rabia que sienten ante la pérdida se vuelve contra el funcionamiento psíquico, provocando fracasos repetidos, comprometiendo adquisiciones, e induciendo un constante sentimiento de impotencia que lo empuja a destruir sus realizaciones. En los grupos, estos niños suelen provocar la agresión de los otros contra ellos; siendo “chivos emisarios” se hacen rechazar. La culpa está presente y sus conductas traducen una necesidad de punición y expiación.

Y sobre estos comportamientos me parece imprescindible hacer una reflexión. Me refiero a la íntima relación que venimos desde hace tiempo estableciendo (psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas) entre duelo y depresividad en el niño con el Trastorno del Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, diagnóstico que parece estar tan de moda. Vinculemos lo que decía anteriormente, - el refugio en actividades frenéticas que buscan alejarlo del dolor, con la baja autoestima y el sentimiento

de culpa y rabia – con este “diagnóstico comodín”.

Niños que se mueven demasiado, niños que están ensimismados, niños que hablan de un modo desafiante, niños que no pueden organizar una tarea, niños que están tristes, niños con serias dificultades para armar pensamientos, todos son englobados en este cajón de sastre en que se ha convertido el Déficit de Atención.

¿No habría que pensar que un niño que tiene alguna conflictiva psíquica puede manifestarlo a través de la desatención y/o de la hiperactividad? Estos niños ¿no atienden? ¿O atienden a otras cuestiones?

Suelen ser niños que buscan la aprobación afectiva, el cariño de su familia y de sus profesores, que sin embargo parecen no necesitar y que aparentemente rechazan.

Son niños que sufren y que muchas veces lo manifiestan con un movimiento desordenado, son niños que necesitan no quedarse quietos porque necesitan constatar que están vivos. Son niños que colocan en padres o profesores el profundo sentimiento de fracaso e impotencia que sienten. Son niños que expulsan la angustia a través de movimientos desordenados para tratar de evacuarla.

Toda problemática requerirá abordajes terapéuticos diferentes de acuerdo a cuáles son sus determinaciones. Un niño que está en proceso de duelo requerirá intervenciones diferentes de aquél que ha sufrido situaciones de violencia y ha quedado en estado de alerta continua o de estupor; o que recurre a la hiperactividad como método de evacuación.

Y eso sí debemos diagnosticarlo para ayudarlo.
encontrar los medios adecuados para

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

* **Sobre la autor:** Gabriel Ianni es Psicoanalista, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Madrid.

5.2 CENTRO HANS

La Asociación Escuela cuenta con un Centro de Atención Clínica para niños, adolescentes y padres, del que podrán beneficiarse todos los interesados a precios institucionales. Para más información, visitar la Sección Actividades o la página web de la Asociación Escuela (AECPPA – Madrid):

www.escuelapsicoanalitica.com

Información adicional:

Teléfono: 91.770.21.92

e-mail: info@escuelapsicoanalitica.com.

