

Particularidades de una clínica en situaciones de desamparo.

(Presentado en el Congreso de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay sobre “Desamparo” en 2018)

Autores:

Lic. en Psicología Ana Laura Charbonnier

Lic. en Psicología Mariela Irene González

Lic. en Psicología Carlos Enrique Varela

Introducción:

Quienes elaboramos este trabajo nos encontramos desarrollando nuestra profesión en el contexto institucional del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) desde el Servicio de Intervenciones Psicológicas (SIP), realizando procesos psicoterapéuticos con niños, niñas y adolescentes privados de los cuidados parentales, es decir que viven en centros de 24 horas.

Nos interesa rescatar, más allá de la singularidad de cada paciente, aspectos que transversalizan nuestra labor clínica, tanto en lo que respecta a los procesos de estructuración psíquica de estos pacientes y la producción de subjetividad (lo intra e inter), así como también a las especificidades del encuadre y de la técnica.

Con el cuidado necesario de evitar las generalizaciones nos proponemos problematizar y reflexionar acerca de distintas manifestaciones relacionadas con la particularidad de crecer en contextos de institucionalización.

Entendemos que el desamparo “traumatizante” (como las situaciones de abandono, maltrato o abuso sexual infantil) y la institucionalización impactan en el psiquismo de los niños, niñas y adolescentes con los que trabajamos y nos lleva a repensar nuestras prácticas, es decir a generar una escucha y abordajes específicos que contemplen estas particularidades.

Marco institucional

El servicio de intervenciones psicológicas (SIP) es el dispositivo del INAU específico para abordajes psicoterapéuticos con niños, niñas y adolescentes vinculados al sistema INAU.

Nuestro trabajo se ha focalizado en estos años en el abordaje de aquellos que se encuentran institucionalizados en centros 24 hs.

Distintas situaciones que se dieron en sus familias de origen (y en sus redes) derivaron en la imposibilidad de continuar viviendo en su propio entorno y determinaron la internación. Desde el marco legal se trata de una medida de amparo excepcional ante situaciones de seria vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, que se toma cuando no hay otras alternativas posibles de cuidado y protección.

Al tratarse de niños, niñas y adolescentes institucionalizados, existe un conjunto de actores (educadores, técnicos, referentes cotidianos, etc.) que están llevando a cabo diversas acciones en diferentes áreas (familiares, individuales, educativas, vinculares, de socialización). En este marco se inserta el trabajo psicoterapéutico que desarrollamos. Por esta razón no trabajamos aisladamente sino que nos encontramos en permanente coordinación con los diferentes referentes institucionales considerando esta multiplicidad de intervenciones.

Esta perspectiva apunta a evitar la toma de decisiones e intervenciones divergentes en función de la apreciación particular y descontextualizada de cada uno de los actores involucrados, con el riesgo de impactar negativamente en el desarrollo del niño, niña o adolescente.

Queremos destacar que no todo niño, niña o adolescente necesita contar con un espacio psicoterapéutico por el hecho mismo de estar internado. Dependerá del tipo de situaciones vividas, del tiempo en que se encontraron inmersos en estas situaciones dolorosas y de vulneración de sus derechos, de la posibilidad o no de haber contado con alguna figura significativa de sostén y apego (con el impacto que estas situaciones han implicado a nivel psíquico, emocional, vincular y cognitivo). A su vez, juegan un papel muy importante las capacidades internas que estos niños, niñas o adolescentes hayan desarrollado para poder ir procesando y elaborando dichas situaciones e integrando sus emociones; proceso que les permitirá poder generar y sostener un proyecto de vida y la posibilidades de establecer nuevos modos de vinculación desde un lugar más saludable.

En estas situaciones el sostén y acompañamiento de los referentes adultos presentes durante este tránsito de institucionalización resultan fundamentales.

Los efectos del desamparo traumático en los procesos de subjetivación.

El ser humano nace con un desamparo original y es crucial en esta etapa la presencia de otros que estén en condiciones de prestar psiquismo y se encuentren disponibles frente a la prolongada etapa de indefensión que el infans atraviesa. La ausencia de esos otros estables y dispuestos a estimular y contener deja marcas y altera la identidad primaria de los orígenes.

Podemos pensar que estos pacientes no han contado con figuras estables significativas con las que pudieran desplegar un apego de características seguras. Es decir, figuras que, partiendo de los cuidados físicos necesarios para la sobrevivencia, vayan estableciendo un lazo afectivo, de sostén, protección y seguridad, en el encuentro corporal, a través de miradas y palabras.

En la medida que las figuras de apego puedan poner en palabras, semantizar los afectos y las necesidades corporales de un bebé y llevar adelante las acciones correspondientes, este progresivamente irá logrando una autorregulación afectiva, partiendo de la heterorregulación (Dio Bleichmar 2005).

Vemos en muchos de estos pacientes su dificultad para identificar y reconocer sus emociones, por lo que sus afectos permanecen disociados de las experiencias que los generan y en ocasiones les es muy difícil poder realizar dicho proceso de integración. Desde nuestro lugar de terapeutas, es necesario ser nosotros, con nuestra afectividad

puesta en juego y en movimiento, quienes podamos poner palabras a las emociones que circulan y que se repiten en transferencia en el espacio psicoterapéutico.

Nos encontramos muchas veces en un escalón anterior, en el que es posible comenzar dicho proceso de identificación para luego ir posibilitando cadenas asociativas, entrelazando experiencias con emociones que se ponen en juego en el espacio psicoterapéutico, y que remiten al mismo tiempo a un pasado que se torna presente en la transferencia.

En algunos pacientes, es un trabajo minucioso y artesanal, donde cada pieza se va colocando y moviendo con cautela, ya que sus conductas evitativas y expulsivas son una forma de protegerse de angustias arcaicas, al decir de Winnicott, de la sensación de terror sin nombre, angustia de aniquilamiento, angustias masivas que no se pueden nombrar, que se vivencian con todo el cuerpo y que se sienten como caer al vacío o destrozarse en miles de fragmentos.

Al encontrarse viviendo en centros de protección 24 horas (internados), la rotación cotidiana del personal y la cantidad de niños, niñas o adolescentes dificulta poder construir vínculos estables que ofician como figuras de apego. La posibilidad de una autorregulación afectiva progresiva en nuestros pacientes tiene entonces estos obstáculos en un contexto de figuras referentes cambiantes. Para mitigar estos efectos negativos, algunos centros establecen la figura de educador referente lo cual contribuye a generar estabilidad y lazos afectivos más estables.

Los procesos de personalización/subjetivación y la construcción de una imagen de sí mismo integrada se han visto afectados mostrando cierto nivel de fallas en su narcisización.

Como efecto de la desregulación ambiental, estos niños, niñas y adolescentes suelen presentar cierta inestabilidad emocional y fragilidad yoica, manteniendo cambios bruscos en su humor. Nos encontramos con pacientes que manifiestan conductas auto y heteroagresivas y crisis de excitación psicomotriz, donde visualizamos el predominio de ansiedades tempranas, fundamentalmente paranoides, siendo el otro vivenciado en forma muy persecutoria. En dichas situaciones se activan mecanismos defensivos muy primitivos (esquizoides y maníacos) que de alguna manera protegen del derrumbe psíquico/yoico.

Las situaciones de desamparo, de excesivas y constantes frustraciones, de privación y deprivación propician manifestaciones sintomáticas que nos llevan a pensar en situaciones de depresión infantil (narcisista) que se expresan de dos modos (modos que se pueden alternar en cada paciente).

Predomina a veces en alguno de ellos, el trasfondo más depresivo, donde vemos pacientes con un nivel significativo de inhibición y con expresiones directas que muestran su angustia, ideas de muerte, desvalorizaciones constantes, sentimiento de soledad y de un vacío que nadie ni nada puede colmar, imposibilidad de jugar o el despliegue de un juego repetitivo y poco elaborativo.

En el otro polo niños, niñas y adolescentes que tienden al acto, a la irrupción de conductas, sin que pueda mediar el pensamiento; en cuyo juego predominan ansiedades primarias, persecutorias, de ataque, destrucción y retaliación. Con estas conductas

disruptivas se ven claramente afectados los espacios de socialización y de integración educativa.

Tomando conceptos de Mirta Casas de Pereda, ...”expresiones de fallas del proceso de estructuración, puestas en escena de procesamientos fallidos, en el que aparece un significado similar en todos los marcos referenciales: dolor por el desamor” (1988, pág.3) .

Especificidades de nuestra labor clínica

Sin lugar a dudas en estos pacientes la fuerza del otro y del entorno es indiscutible en su impacto devastador. Hay un trabajo que se puede ir haciendo a nivel intrapsíquico, apuntando a la cohesión e integración del self (tomando los conceptos de D. Winnicott), a la instauración del no, del límite y de la castración simbólica y de un superyo benévolo, que limite y proteja a la vez. Intentando en este proceso fortalecer mecanismos defensivos más avanzados, promoviendo un entramado/espesor psíquico y fortaleciendo una capacidad simbólica que se encuentra empobrecida. Todo esto genera progresivamente un impacto en lo emocional, en lo cognitivo y vincular.

Pero con estos pacientes, nos hemos encontrado que estos cambios en los procesos de estructuración psíquica pueden darse, no sólo ni necesariamente “develando lo oculto”, sino más bien a través de un vínculo que permita ir construyendo o reconstruyendo aquellos hilos deshilachados de su propia historia. Es decir, construir algo del orden de lo que no sucedió, considerando que lo traumático no es sólo aquello que sucedió, que penetra en nuestro psiquismo sin poder metabolizarlo, sino también lo que no existió y era tan necesario que existiera para enfrentar la situación de desamparo original.

Estos pacientes nos interpelan sobre nuestro posicionamiento como psicoterapeutas, creemos que por momentos funcionamos como figuras maternas/paternas suficientemente buenas, que contienen y sostienen (función maternante del analista: holding, handling y presentación del objeto), que traducen y metabolizan aquellas emociones y contenidos que no han podido ser aún procesados y que aparecen en las sesiones de manera cruda, inconexa, sin poder ubicarlos en un entramado de significantes.

En ese sentido apuntamos a promover la capacidad de simbolizar y de mentalizar, donde el pensamiento ocupe un “entre” que separe la emoción y el acto. Es muy frecuente vivenciar la dificultad de lograr una empatía con el otro, de considerarlo como sujeto, de poder ponerse en el lugar de..., aspecto que tampoco ellos sienten de sí mismos; no puedo considerar al otro sujeto, si no me vivo ni me ven de esta manera. En sus peripecias vitales, tanto en lo vivido a nivel familiar, como al ser institucionalizados, el proceso de ser reconocido como sujeto con sus particularidades, se ha visto dificultado, siendo en ocasiones el espacio psicoterapéutico quien lo reconoce desde su singularidad, es el niño, niña o adolescente que en el encuentro con el terapeuta va pudiendo construirse como sujeto de deseo, como sujeto pensante y diferenciarse, y ayudar a los otros (referentes institucionales) para el logro de dicho proceso.

En general son niños, niñas o adolescentes que al haber vivenciado múltiples y continuas situaciones de pérdidas y abandonos (muchos de ellos sin mediar la palabra, como un acto que irrumpe), les resulta sumamente difícil poder confiar e implicarse afectivamente.

Se muestran distantes y resistentes, algunos plantean no querer recibir ayuda, otros realizan una misma actividad (determinado juego/dibujo) por un tiempo prolongado.

En este proceso “resistencial” somos depositarios de sus propios aspectos destructivos, nos atacan de manera directa o implícita a través del juego, la palabra o en actos.

De esta manera, tomando los conceptos de D. Winnicott, si como terapeutas podemos mitigar dichas expresiones de hostilidad y no vivenciarlas como una agresión a nuestra función ni a nuestra persona en sí, podremos al sobrevivir, ser usados como objeto, y a partir de ahí permitir que pueda surgir la fantasía y la posibilidad de despliegue en transferencia del mundo interno del paciente.

“En el análisis, el impulso destructivo del paciente es un intento de usar al analista. Ello le dará la oportunidad al niño de experimentar que el objeto (analista) sobrevive y de ubicarlo así en el mundo exterior, fuera del control omnipotente del paciente” (P. Volinski de Hoffnung y otros, 1986, pág. 171). En otras palabras, aquí se jugaría algo del orden de la transferencia negativa, que a nuestro entender más que interpretar es necesario sostener.

Encontramos que para sobrevivir algunos de estos pacientes construyen una “barrera-armadura” que los protege de las continuas pérdidas y situaciones frustrantes. De ahí su distancia, por momentos una presentación de autosuficiencia y de rechazo hacia el encuentro y acercamiento del otro. Barrera defensiva que paulatinamente van derribando, en un proceso sostenido, donde logran visualizar que no han destruido a su terapeuta y que este continúa en pie esperándolos. El pasar ese momento “de prueba” marca a fuego el devenir del proceso psicoterapéutico, y es una construcción que implica disposición corporal, psíquica, emocional y de pensamiento por parte del terapeuta.

Otros pacientes por el contrario se muestran excesivamente efusivos, expresando cierta tendencia a aferrarse afectivamente, incluso cuando el terapeuta es poco más que un desconocido. Buscan querer agradar, resaltando permanentemente sus fortalezas, quizás por temor a ser nuevamente abandonados.

En general, sea cual sea la modalidad (más intrusiva o más evitativa) podríamos pensar en niños, niñas y adolescentes que se manejan en un registro de dualidad, resultando difícil el tercero, y con ello el nivel de lo simbólico.

Para tolerar la pérdida, aceptar la falta y que emerja el sujeto deseante, tiene que haberse dado la permanencia y estabilidad del objeto. Como dice Winnicott con respecto al pasaje de la dependencia absoluta a la relativa, las frustraciones pueden ser vividas como tal y procesadas a través de sustitutos (objeto transicional). El exceso de frustraciones, que es lo que estos niños, niñas y adolescentes han vivido, dificulta atravesar el duelo del objeto, “desfallecimiento de lo simbólico”, no hay lugar para la elaboración de la pérdida, para el surgimiento de las fantasías, y el niño queda atrapado en un vínculo de dependencia, aferrado a la imagen arcaica materna, omnipotente (registro de lo imaginario). Irrupción del acto, algo del orden del sin sentido, “...y donde se vuelve tan esencial la realidad transferencial para restituir posibles sentidos” (Mirta Casas de Pereda, 1988, pág 3).

“Que difícil debe ser tener una mamá fantasma”

En nuestra labor nos fue necesario recurrir a la utilización de diversos mediadores, que además de permitir acercarnos al niño, niña o adolescente, ofician como objetos intermediarios y catalizadores terapéuticos. Es decir, a nuestro entender, ayudan a ligar experiencias y emociones, a nivel intrapsíquico, a ir armando cadenas asociativas y generando sustitutos simbólicos frente a las pérdidas.

Estos mediadores nos han proporcionado un soporte para la puesta en escena de fantasías y angustias que pueden empezar a nombrarse, contribuyendo en la elaboración de las múltiples y constantes situaciones traumáticas vividas. Vamos así generando un entramado, puentes simbólicos, que contribuyan al proceso de integración yica y subjetivación.

Durante un proceso psicoterapéutico con una niña, utilizando el cuento como mediador, esta pudo abordar el tema de su desvinculación materna.

A través de la recreación del cuento “La llorona”, la paciente logró desplegar fantasías vinculadas a la muerte materna y la angustia que esto le generaba, a la vez que fue elaborando la ruptura de dicho vínculo. Este trabajo implicó un largo proceso debido a que la paciente solo escribía una línea por sesión y en la siguiente releía lo escrito, ajustándolo si lo creía necesario. La terapeuta era testigo del sufrimiento psíquico que este trabajo le provocaba, donde la niña iba narrando la historia y las razones que hacían de esa mujer-madre á una llorona. Al finalizar cada encuentro cerraban el libro con una cerradura especial que habían construido.

En una ocasión la terapeuta señala, refiriéndose al personaje que se había convertido en fantasma y la persecución: “*¡Que difícil debe ser tener una mama fantasma!*”.

Surge a partir de ahí el pedido de saber el paradero real de su madre. Fue necesario entonces trabajar en el plano de la realidad y en coordinación con otros, hasta lograr encontrar información sobre su situación actual. La misma fue trabajada con la niña, que, aunque triste por no poder verla, debido a su estado de salud, manifiesta aliviada: “*Gracias, pensé que había muerto*”.

Aparece lo insostenible de tener una madre viva pero que paradójicamente no puede ejercer su rol; presente en el pensamiento pero no en la realidad cotidiana. “¿Por qué mi madre si está viva, no vive conmigo?, ¿por qué no me cuida?”.

La función terapéutica fue de sostén y contención permitiendo el despliegue de las angustias y fantasías, pero dejando que la ficción operara como escudo protector. Ambas sabían que estaba intentando construir una narrativa de su historia y de la de su madre, de la que conocía las situaciones traumáticas a las que había estado sometida.

Es la niña quien le da lugar en el espacio terapéutico a este cuento, quien deja entrar a sus personajes y lo pone paulatinamente a jugar. Junto a su terapeuta pudo entonces abordar esta situación conflictiva, darle un sentido a su malestar, poner en el personaje lo que se encontraba viviendo y no lograba expresar en palabras.

El poder pensar las interpretaciones, desde el encuentro que se da en el espacio potencial de la psicoterapia, y a través de los personajes y escenas que en los juegos se despliegan, nos ha permitido expresar el sufrimiento de estos pacientes. Ellos han sido hablados por sus personajes, quienes personifican aspectos de ellos mismos y de sus peripecias vitales. El interpretar desde y en el juego, permite poder mostrar lo que los

personajes -pacientes sienten, desean, piensan y/o hacen, ayudando a integrar aspectos de sí mismos y de su historia. Este rol de un terapeuta más activo, de quien puede también proponer, en pacientes con muchos años de institucionalización, muy dañados emocionalmente, fue necesario a la hora de destrabar ciertos procesos psicoterapéuticos.

“El momento importante es aquel en que el niño se sorprende a sí mismo, lo importante no es el momento de mi inteligente interpretación” (D. Winnicott, 1979, pág. 76). La sorpresa tiene que ver con algo de lo creativo que surge, que da cuenta de un pensamiento o sentimiento que no estaba integrado y que progresivamente comienza a estarlo.

Tomando el cuento, pensamos que este es una forma de narrarse, de historizar; tiene un principio, un desarrollo y un final ...en este caso el final deseado ...ya que *“dejaron de ser fantasmas y vivieron felices para siempre”*.

Cada situación con la cual trabajamos es singular y presenta sus particularidades, pero es habitual que estos niños, niñas y adolescentes, privados de la vida en familia, necesiten construir una narrativa sobre el motivo de su desvinculación familiar.

Creemos que es fundamental poder realizar un trabajo de historización, intentando poner en palabras las fantasías en relación a su abandono y a las experiencias traumáticas vividas.

En general los pacientes, más aún aquellos institucionalizados desde tempranas edades, interpretan la situación de desvinculación familiar auto-referenciándose, “son niños problemas”, merecedores de alguna manera de no ser elegidos o deseados. En algunas ocasiones pueden explicitarlo y en otras lo actúan; cada situación de desborde, donde los impulsos no pueden ser diferidos, testimonia y de alguna manera justifica dicho abandono.

La capacidad de historización depende en buena medida que los adultos puedan brindarles a estos niños, niñas y adolescentes relatos de experiencias, otorgando sentido a momentos de su historia así como un lugar de linaje y pertenencia que le den un hilo de continuidad.

En la mayoría de estos pacientes, nos encontramos con una historia fragmentada, confusa, con respecto al linaje y la filiación o en relación a los vínculos fraternos, por lo que consideramos de suma importancia contribuir en la construcción de la historia de cada paciente. Acompañamos al paciente en la elaboración de su narrativa histórica identitaria, que contemple sus orígenes, sus antepasados, su historia personal y familiar. Esto implica también un trabajo con los referentes afectivos que cotidianamente interactúan con el niño, niña o adolescente, para que esta construcción sea coherente y estructurante.

En el transcurso de estos años de trabajo estos pacientes nos han llevado a salirnos de aquellos lugares y prácticas en las que nos sentíamos más cómodos, buscando repensar las mismas, para poder contribuir en la comprensión de su sufrimiento psíquico y en sus posibles procesos de cura.

Si bien estos pacientes nos enfrentan con las situaciones más crudas y las angustias más arcaicas y terroríficas, si bien el desamparo traumático que han vivido ha dejado marcas en sus procesos de estructuración psíquica y de subjetivación, mantenemos la esperanza,

ya que acompañamos la idea que los diagnósticos en la infancia y adolescencia “se escriben con lápiz”.

Bibliografía

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, Ed. Paidós.

Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino de la simbolización. Producción del sujeto psíquico*. Bs.As. Ed. Paidós

Casas de Pereda, M (1988). *El desamparo del desamor. A propósito de la depresión en la infancia*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 67.

Fonagy, P. (2000). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. En Aperturas Psicoanalíticas N° 4.

Winnicott, D. (1979). *El juego. Exposición teórica*. En: Winnicott, D. Realidad y juego. España, Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (1979). *Objetos y fenómenos transicionales (1951-1953)*. En: Winnicott, D. Realidad y juego. España, Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (1979). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*. En: Winnicott, D. Realidad y juego. España, Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (1979). *El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones*. En: Winnicott, D. Realidad y juego. España, Ed. Gedisa.

Winnicott, D. (2007). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo (1963)*. En: Winnicott, D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. BsAs, Ed. Paidós.

Winnicott, D. (1999). *La preocupación maternal primaria (1956)*. En: Winnicott, D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Bs As, Ed. Paidós.

Winnicott, D. (2007). *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso (1960)*. En: Winnicott, D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Bs As, Ed. Paidós.

Volisnki de Hoffnung, P. y otros (1986). *El juego en Psicoanálisis de niños*. Laboratorio de Psicoanálisis de niños- APU.