

CONFLICTOS PARENTALES Y TRIANGULACIÓN PATOLÓGICA EN EL MINUSVÁLIDO FÍSICO

Ramón Corominas

M. Jesús Sanz

Conferencia dada en diciembre de 1991 en el Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica

Freud nos transmite en diversos momentos de sus obras que el complejo de Edipo y su evolución, para él su disolución, constituye el núcleo central del equilibrio emocional del adulto y por lo tanto la capacidad adulta para las relaciones interpersonales. Desde hace quince años venimos trabajando con pacientes, niños y adultos, que presentan una minusvalía física congénita o adquirida en edades muy precoces, habiendo apreciado en ellos enormes dificultades para lograr una triangulación adecuada y madurativa, así como para conseguir la superación de dicha situación. Es el objeto de este artículo exponer a través de fragmentos de material clínico recogido nuestras opiniones y conclusiones acerca de por qué acontece lo señalado refiriéndonos en esta oportunidad, pues ya en otras publicaciones anteriores nos hemos ocupado directamente de los pacientes, a las dificultades con que han de enfrentarse los padres al tener que afrontar la situación traumática de asumir a un hijo con una minusvalía física severa. Para nosotros son esas dificultades, así como la psicopatología previa existente en cada uno de los cónyuges o en la interacción conyugal las que dan origen a una estructuración alterada del aparato psíquico y, por lo tanto, de la personalidad de los pacientes.

Nuestras observaciones han sido extraídas por diferentes procedimientos. Al trabajar en un centro destinado a prestar asistencia a pacientes minusválidos y a su familia desde distintas vertientes (laboral, económica, formativa y psicológica) efectuamos entrevistas denominadas de valoración y orientación con el fin de determinar el tipo de ayuda conveniente. Cuando a través de ellas nos pareció que la psicoterapia se hallaba indicada, la practicamos en las modalidades siguientes: individual, de grupo o pareja. Por lo que se refiere a la atención de bebés o niños de corta edad, supervisamos el trabajo efectuado por profesionales dedicados a la estimulación precoz, obteniendo así datos importantes en torno a la interacción niño-padres. También efectuamos observaciones de bebés desde un enfoque psicoanalítico, así como tratamiento psicoterápico individual con niños de corta edad o psicoterapia de pareja con sus padres. Los tratamientos psicoanalíticos que practicamos fueron realizados a través de la consulta privada. Si bien podemos decir que por lo general las minusvalías físicas presentadas por los casos tratados eran severas e incluían variedades diversas, con fines orientativos, citaremos como las más relevantes las siguientes: parálisis cerebral con grave afectación motora e importantes dificultades para la comunicación verbal hasta el extremo de que en ocasiones su comprensión se hacía muy dificultosa, pero con un nivel de inteligencia normal, epilepsia, ceguera, mielitis trasversa, padres de niños con el síndrome de Down, esclerosis múltiple, paraplejia o hemiplejia causada por accidente de tráfico, espina bífida, etc.

Con el fin de ejemplificar lo que para nosotros son manifestaciones psicopatológicas de fijaciones que dificultan o paralizan la triangulación, señalaremos fantasías, actitudes o comportamientos apreciados al trabajar con este tipo de pacientes en el transcurso de los tratamientos citados. Los mencionaremos, ya que nos alejaríamos del objetivo marcado en este trabajo si nos extendiéramos sobre cada aspecto señalado.

En las entrevistas previas al tratamiento tanto el minusválido físico como sus familiares, en las ocasiones en que también participaron en ellas, culpan a la lesión física de cualquier conflicto emocional o comportamiento inadecuado de unos y otros. Si el entrevistador pone de relieve la existencia, no obstante, de dichos conflictos, tratan de forzarle a que corte su discurso manifestándole cuando no lo logran por diferentes procedimientos, que sólo se hallan interesados en hablar de la lesión y de su repercusión siempre desde una postura ya prefijada. Al iniciar los tratamientos expresan la convicción de que no podrán ser entendidos por una persona a la que no le acaece lo mismo que a ellos, aunque lo que más ha llamado nuestra atención al efectuar psicoterapia de grupo es que expresen como primera fantasía que no habrán de ser escuchados y se identifiquen no por sus nombres, sino por la lesión que padecen: soy un ciego, soy un parálítico cerebral, soy un parapléjico, etc. Cuando tratan de definirse destaca la importancia que han podido tener para ellos definiciones dadas con anterioridad por sus padres: "como es cojo no puede...", "como es ciego", "como no habla bien...". Tendencia a ser agresivos con otro u otros minusválidos que presentan una lesión similar. Presentación muy temprana de mecanismos de defensa de la posición esquizoparanoide, siendo los más relevantes: escisión, disociación, idealización y omnipotencia. Se consideran responsables de lo que acontece en sus familias. Justifican siempre sus sentimientos de rechazo a través de la minusvalía, no discriminando entre fantasía y realidad; fuerzan desde su fantasía por diversos medios que otros les rechacen y cuando esto sucede se ratifican en su idea ("ha sido por la lesión") teniendo enormes dificultades para entender cómo su comportamiento ha sido el que ha provocado dicho rechazo. No buscan verdaderas relaciones objetales, sino que sólo tratan de ver o averiguar cómo son vistos, pero en la medida que actúan con la identificación proyectiva o proyecciones masivas siempre descubren el rechazo. Cuando logran un cierto grado de evolución y comienzan a reconocer al objeto aparecen la frustración y la rabia, tienden a sentir que sobrecargan a aquél con sus exigencias o que son ellos los sobrecargados por sus demandas. Utilizan la ocupación laboral como resistencia para abandonar el tratamiento o consideran como poco importante el crecimiento emocional que con éste van adquiriendo. Cuando la triangulación se presenta con claridad tienden a tomar al padre rival como padre que no compite y les abandona tanto realmente, pues en algunos casos así ha sucedido, como emocionalmente. Justifican dicho abandono a través de los autoreproches sintiendo lógico que se les rechace por su motilidad, dificultades de lenguaje o escasos logros. Aunque sean adultos, sus relaciones recuerdan a las planteadas por muchos adolescentes: mantienen relaciones en las que predomina el narcisismo; la mujer disocia la sexualidad del afecto y sólo acepta este último, el hombre sólo busca la ratificación sexual alimentar su narcisismo y el efecto es rechazado al conectarlo con debilidad, pasividad y feminidad. Practican auténticos ritos de iniciación al conocer a otra persona, sometiéndola y sometiéndose a pruebas francamente denigratorias o agresivas. Describen situaciones en las que se aprecia fácilmente la no superación de la situación triangular por parte de los padres, alguno de ellos se siente celoso o rivaliza con el hijo minusválido, creando esto dificultades para la maduración emocional de éste. La minusvalía es utilizada como falso self, se efectúa un sometimiento al medio familiar, debiendo reprimirse aquellos sentimientos que primero la madre y luego el padre no son capaces de contener. No pueden reconocer su propia capacidad creativa y se someten a un SUPER YO muy severo, de esta forma sólo pueden llegar a reconocer sus logros si previamente han sido aceptados como tales por los demás. Cuando alcanzan cotas similares a las de cualquier otra persona, por ejemplo, terminar con éxito un curso académico, se sorprenden, pues dicen que no han tenido que hacer nada para lograrlo y de ahí se deduce que para ellos hacer algo es similar a considerarse omnipotentes.

Todas estas manifestaciones nos indican fallas en la consecución de una triangulación adecuada, lo que nos lleva a plantearnos, como más adelante haremos, las posibles dificultades que los padres han podido encontrar para ayudar a sus hijos en su desarrollo emocional.

Si bien estamos totalmente de acuerdo con la aseveración freudiana planteada al comienzo del artículo, deseamos adherirnos a las teorizaciones de Melanie Klein y otros autores (Eulalia Torras, Chasseguet-Smirgel, André Green, Bion) en torno a la existencia de un complejo de Edipo temprano, ya en el primer año de vida, pues los elementos orales que en él aparecen creemos que explican muchos aspectos relacionados con nuestro tema. Dicha autora concibe el citado complejo en edades tempranas similar para el niño y la niña; la frustración provocada por el pecho cuando no satisface, con la siguiente rabia oral, da lugar a que ambos se dirijan hacia el padre repitiendo con él el mismo tipo de relación. Señala también que aunque en estos momentos la relación sea de objeto se va discriminando y diferenciando a la madre del padre. En la relación con la madre predomina como sentimiento la envidia y surgen los celos y la rabia, así como la rivalidad en la situación triangular, es decir, el reconocer al padre, facilitándose de este modo la evolución de un Edipo temprano hacia un Edipo genital. Lebovici y Diatkine resaltan que el padre como organizador del Edipo, introduciéndose en la relación binaria madre-hijo como agente frustrador y representante de la realidad. André Green señala que el padre está siempre presente, ya desde el comienzo, tanto en la madre como en el niño, siendo tomado como objeto sustitutivo cuando la madre desilusiona al niño; enfatiza la importancia de los objetos externos, padre y madre, como objetos reales y no sólo como representaciones intrapsíquicas creadas por proyección, al referirse al complejo de la madre muerta.

Apoyándonos en la obra de Winnicott, centramos nuestra atención en la relación diádica madre e hijo. Comenta el autor que la mujer normal cuando se queda embarazada adquiere poco a poco un grado de identificación con su hijo esta identificación se va haciendo cada vez más intensa a medida que progresa el embarazo llegando a su punto culminante durante el parto y va desapareciendo paulatinamente durante las semanas o meses que siguen al alumbramiento. Esta orientación singular de la madre hacia su hijo se ve afectada por el medio ambiente: en los casos más sencillos, el hombre, respaldado por una actitud social, detecta la realidad externa por cuenta de la madre, logrando que para ella resulte seguro y sensato permanecer temporalmente volcada hacia dentro y concentrada en sí misma. Gracias a esta identificación la madre sabe cómo responder al hijo de manera que éste empiece existiendo y no simplemente reaccionando, éste es el origen del verdadero self, que no puede convertirse en realidad sin la relación especializada de la madre, relación que Winnicott define "como una palabra de uso corriente devoción". Señala en otro momento que en el bebé el gesto espontáneo representa al verdadero self en acción, siendo sólo éste el que se halla capacitado para crear y ser sentido como real. La existencia de un falso self por el contrario produce una sensación de irrealidad o un sentimiento de futilidad siendo su función, cuando es capaz de desempeñarla adecuadamente, la de ocultar al verdadero self. Según Winnicott, el concepto de una realidad interna diferenciada de los objetos es propio de una fase posterior a la del concepto del verdadero self. Al referirse a la etiología del falso self destaca la importancia de que la madre contenga al niño, el gesto de éste da expresión de un impulso espontáneo, siendo dicho gesto el que indica la existencia de un verdadero self en potencia. Cuando el niño cuenta, continúa diciendo Winnicott, con la llamada "madre buena", ésta responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido, haciendo esto repetidamente. Por el contrario, la madre que no es buena es

incapaz de responder a la omnipotencia y al gesto del pequeño, en su lugar coloca su propio gesto forzando al niño a la sumisión y al acatamiento, siendo esta sumisión la primera manifestación del falso self y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño.

Volviendo de nuevo a nuestro tema, es decir, a la repercusión que la actitud parental tiene en el desarrollo emocional del niño que presenta una minusvalía física congénita o adquirida en edades precoces, resalta como hecho sobresaliente la poca bibliografía existente, siendo ello una clara manifestación del poco interés que el psicoanálisis ha manifestado en torno al tema. El minusválido físico ha sido atendido desde el campo médico, el enfoque laboral, la integración social y recreativa o la rehabilitación física. No obstante, sin contradecir lo dicho, debemos reconocer que algunos psicoanalistas hicieron observaciones acerca de pacientes con estas características. Se referían a los efectos que el daño corporal produce en el desarrollo del YO y SUPER YO dando lugar a trastornos narcisistas severos con trastornos de la imagen corporal y una visión distorsionada del mundo. No contemplan, a pesar de que para demostrar sus teorizaciones exponían material clínico, el efecto que pudiera haber causado en el paciente descrito la patología parental que señalaban. A nuestro entender, al igual que otros autores, esta omisión puede estar relacionada con problemas contratransferenciales. Niederland, Yorke, Jacobson y C. Thompson son los que más han destacado los aspectos que acabamos de citar. Sin embargo, Anna Freud, Burlingham y Castelnuovo-Tedesco, aunque dan también gran importancia a la lesión, consideran que otras variables han de ser tenidas en cuenta, incluyendo entre éstas la actitud parental o familiar hacia el minusválido.

Freud en 1933 en "Nuevas lecciones introductorias", habla de las inferioridades orgánicas al referirse a un biografía sobre Guillermo II y dice que si unas personas con inferioridades orgánicas pueden sentirse inferiores, ello no es debido al defecto "per se", sino más bien a la retirada del amor de la madre como respuesta a la minusvalía y sugiere que tal rechazo con sus consecuencias psicológicas, no es inevitable, ya que muchas madres han podido responder a esta situación con una súper abundancia de amor. Esta observación nos recuerda lo señalado por Winnicott, descrito líneas arriba, y coincide con lo apreciado por nosotros a través de la clínica. Otros autores parten de puntos de vista similares, resaltando la importancia de los sentimientos, actitudes o comportamientos de los padres para con el niño minusválido, dependiendo en gran parte de éstos que se produzca una estructuración psíquica adecuada con el consiguiente desarrollo emocional a pesar de las limitaciones físicas.

Kohut plantea una evolución del desarrollo y dice que el neonato llega al mundo con una predisposición a constituir su self. Este se va formando a través de la colaboración del objeto-self, es decir, del medio ambiente. Estos objetos-self van a crear una función de espejo, una función empática y una oportunidad para que se produzca la idealización. Plantea que es a través de las fallas nos traumáticas de estos objetos-self como se va a ir constituyendo la construcción del self. Cuando este objeto-self funciona de una manera adecuada seguirá internalizado y serán reemplazadas las funciones del objeto-self por las funciones propias del self. Kohut da mucha importancia a la relación parental y la psicopatología narcisista la relaciona con fallas en esta ayuda. Al hablar del minusválido señala que cuando el niño es rechazado porque la madre no puede soportar su aspecto físico, ésta no actúa como espejo adecuado y no es capaz de lograr que el niño obtenga una aceptación de sí mismo, dando esto lugar a fallas en el narcisismo normal. Ello da lugar a la producción de un self escindido con aspectos grandiosos que están alejados del alcance del YO, hallándose dicho aspecto grandioso constantemente a la búsqueda de la experiencia especular que no obtuvo, existiendo también una enorme hipersensibilidad a

cualquier daño relacionado con la minusvalía, ya que es vivido como una injuria a ese self arcaico. En la relación con el padre sucede lo mismo y ello da lugar a que el minusválido busque intensamente una persona idealizada que le reconozca para que así pueda sentirse calmado y contento con él mismo.

Castelnuovo-Tedesco señala también la importancia de la relación entre padres e hijo incapacitado y plantea que cuando la lesión física aparece en la cara, los genitales o las manos existen más dificultades para que aquella sea correcta; la cara y los genitales se hallan relacionados con la identidad repercutiendo sus anomalías también en la identidad de las figuras paternas mientras que las manos están conectadas con la destreza y capacidad afectando a los padres de igual modo. Manifiesta también que la vista es el órgano sensorial más importante para la introyección y la creación de estructuras psíquicas con la consiguiente separación de self y objeto. Considera como etapas más críticas en cuanto al desarrollo emocional de estos pacientes, en lo referente a la aparición de la lesión, la fase de separación e individuación, el período edípico y la adolescencia.

Lussier, a través de la exposición de un caso, Peter, niño minusválido de 12 años de edad, comenta que la inseguridad del niño estaba basada en el desánimo, la vergüenza y la falta de orgullo de su madre. Lo que importa psicológicamente es el cuerpo que uno percibe desde el nacimiento, el cuerpo tal como es y no como debería ser. Todo niño está destinado a investir su cuerpo tal y como es, cuerpo que pronto va a convertirse en una parte básica de lo que él es, siendo éste el cuerpo que la madre ha de reconocer, ha de incorporar y con el que ha de fundirse o fusionarse para que pueda ofrecerle existencia psicológica para el niño, una existencia segura y a salvo; la salud mental crece en este terreno. Lussier continúa diciendo que la madre, al igual que el niño, necesita un cuerpo en el que mirarse, de un cuerpo parecido, para conseguir la fusión necesaria con él niño. La disimilitud o cualquier otra imperfección en cualquier parte importante, puede interferir gravemente con el proceso fusional y privar al niño de la posibilidad de conseguir una identidad segura. La madre necesita verse así y segura en su niño y el proceso de fusión descansa sobre estas premisas. La ansiedad causada por esta disimilitud física puede llevar a la madre a desintegrarse psicológicamente, protegiéndose de la pérdida de su propia identidad mediante el distanciamiento. A esta pérdida de identidad se añade la profunda herida narcisista que la madre padece por no haber sido capaz de crear un niño normal. Hace falta que las madres tengan un alto grado de equilibrio emocional, de sentido de integridad, de cohesividad interna y un maravilloso sentido de armonía con su propio cuerpo para que sean capaces de acceder a su hijo minusválido y asumirlo como persona a pesar de su cuerpo. Cuando la cara se halla intacta y el niño dispone de su capacidad para sonreír, éste posee un poderoso medio para captar y atraer la atención de su madre. Uno comienza a quererse a sí mismo en relación con el cariño recibido en la fase pre-ego de la vida, es decir, antes de la formación del YO dice el autor.

André Green describe a través de lo que él denomina el complejo de la madre muerta, desinvestimientos bruscos y masivos efectuados a raíz de algún acontecimiento traumático, que dan lugar a que el hijo sienta su vida vacía y sin sentido y viva el acontecimiento como una catástrofe. Al trauma narcisista se acompaña la pérdida del amor materno y sobre todo el no encontrar ningún sentido a lo acaecido. Como él se consideraba el centro de la vida de la madre, cree que ha sido el causante de lo sucedido; más tarde al descubrir al padre puede pensar también que quizá él haya sido el que le ha robado el amor de su madre. En cuanto al padre, tampoco responde a las necesidades del niño; éste se encuentra ante una madre muerta y un padre inaccesible que se halla pendiente de lo que ocurre a su esposa y no se plantea las necesidades que el hijo pudiera

tener, o bien se desinteresa del problema y deja a la pareja madre-hijo que se desenvuelvan como buenamente puedan.

Insiste el autor en la necesidad de un período previo de idealización que es cortado bruscamente a raíz del acontecimiento traumático, apareciendo luego el desinvestimiento del niño. Creemos que ante la minusvalía física puede ser ésta la que actúa como trauma psíquico, y pensamos que en muchos casos el período previo de idealización sí ha existido, ya que algunas lesiones son descubiertas al cabo de unos cuantos meses de producirse el nacimiento del bebé.

Hartman, Kris y Lovstein plantean que cualquier amenaza del cuidado materno, cuando las funciones del EGO están subdesarrolladas, es percibida por el niño como una amenaza a su propia supervivencia. Cuando el período simbiótico es prolongado y, por tanto, la fase de separación-individualización descrita por Mahler se retrasa, el niño sigue sintiendo a la madre como necesaria para su supervivencia, lo que es frecuente cuando existe un déficit. En ocasiones, dicha prolongación se origina no ya por las necesidades del niño, sino por las que presenta la madre; en la fase simbiótica, la madre vive el cuerpo del niño como prolongación de su propio self y si dicho cuerpo está dañado son los conflictos maternos los que pueden llevar a la mencionada prolongación.

Quisiéramos terminar esta exposición acerca de lo hallado en la literatura en torno a problemas emocionales conectados a minusvalía física con algunos comentarios de García Badaracco en torno a la desidentificación, pues los consideramos de gran utilidad clínica para nuestro trabajo con estos pacientes, aunque no se hallen referidos de modo concreto a ellos. Considera la identificación como el primer vínculo estructurado del individuo con sus semejantes y señala que la intersubjetividad prepara estructuralmente al sujeto, apareciendo primero en el otro y revelándole su propia existencia. Cuando surge la necesidad del otro, ésta es una necesidad de dependencia extrema de fusionarse con él, de establecer una relación simbiótica a través de la cual el YO pueda servirse de las funciones del otro como si fueran propias. En las oportunidades en que la relación es sana, el niño puede utilizar aspectos yoicos de los padres e identificarse con ellos y de esta forma poco a poco ir utilizando recursos propios que se van desarrollando. De esta relación de dependencia inicial se pasa a otra relación de interdependencia en la cual el sujeto y objeto se van enriqueciendo; se pasaría así de la fase simbiótica a la desimbiotización o de la fase de ilusión a la de desilusión, acontecimiento éste en ambas partes, madre-hijo. Califica como identificación patógena aquella que incorpora al psiquismo objetos que actuarán de una forma invasora, permanente, exigente y asfixiante obligando a una desestructuración y sometimiento de los demás aspectos mentales. Lo dicho se origina generalmente por situaciones traumáticas que han creado vínculos de relación asfixiante y agobiante, en los que la espontaneidad está prohibida. El YO, ante esta invasión, por ser inmaduro, no puede defenderse y se ve obligado a identificarse con el otro, con el objeto. García Badaracco comenta en otro momento que la presencia de otros en nosotros nos impide ser nosotros mismos, estamos invadidos por los otros y nos alienamos, pudiendo ser sólo aquello que el otro espera.

Nos ocuparemos ahora de lo hallado por nosotros a través de la clínica, obtenido no sólo al trabajar con los padres, sino también al centrar nuestra atención de modo muy especial en nuestros sentimientos contratransferenciales, ya que a través de ellos pudimos comprobar cómo hemos tenido que seguir una evolución similar, en especial en la psicoterapia de grupo, a la que apreciamos en aquellos. Nuestros sentimientos fueron muy similares y si conseguimos eludir la contra identificación proyectiva, a la que constantemente éramos incitados, ello se debió a que desde los comienzos de nuestro

trabajo decidimos contemplar este aspecto y hacer elaboraciones en torno a él, elaboraciones que serán motivo de próximas publicaciones y de ahí que no nos ocuparemos de ellas.

Cuando los padres han de asumir el hecho sumamente doloroso y desgarrador de tener que aceptar la existencia de un hijo con una minusvalía física, presentan una serie de sentimientos de difícil verbalización al inicio que son a los que nos vamos a referir. Sentimientos de fracaso, ya que los proyectos que se habían formulado durante el embarazo acerca del futuro niño, tanto de forma individual como en conversaciones mantenidas en la pareja, se desvanecen. Deseos de muerte hacia este hijo o fantasías de reemplazarle con otro, fantasías que con frecuencia son actuadas. Sentimientos de culpabilidad, viviendo la lesión física del hijo como un castigo por abortos o embarazos no deseados, malas relaciones con padres o suegros o comportamientos sexuales inadecuados. Enormes sufrimientos narcisísticos por considerarse incapacitados, tanto el padre como la madre, al no haber logrado crear un hijo normal, siendo este sufrimiento el que provoca vergüenza, tendencia al aislamiento, retraimiento de la relación social, evitación del contacto con otros padres que tengan hijos iguales al suyo y fracasos profesionales en algunas ocasiones. No obstante, para nosotros lo más significativo es el cambio catastrófico que se produce al tenerse que enfrentar con la situación traumática totalmente desconocida y ante la que no se sabe cómo actuar. Todo padre al afrontar la llegada de un hijo experimenta situaciones de cambio, hágalo de modo consciente o inconsciente, pero dispone de recursos para tener mayor control acerca de sus fantasías recordando sus propias experiencias como hijo con sus propios padres, hayan sido estas buenas o malas, así como de lecturas, charlas o comentarios de amigos, que lo pueden ayudar en ese momento. Ante la minusvalía física, todo es nuevo, todo es desconocido y con más frecuencia de la que pudiera pensarse, el individuo se incapacita para observar como detenimiento. Esta dificultad lleva a que no puedan ser percibidas las áreas no afectadas y se consideren todas las funciones del niño alteradas, dando lugar esto a enormes desilusiones, a sentimientos de impotencia incrementados e incapacidad para colaborar en su evolución y tendencia a efectuar retraimientos libidinales o desinvertimientos afectivos. Todo ello tiene severas repercusiones en el desarrollo emocional del niño.

Ejemplificaremos las dificultades que estos padres presentan para investir a su hijo con algunas observaciones. Una madre se encontraba retraída, distraída y distante, permaneciendo inmóvil al lado de la terapeuta mientras ésta trabajaba con su hijo, de 8 meses, que padecía una espasticidad severa a la que se venía a sumar una cara totalmente inexpresiva; fueron las continuas observaciones de la profesional en torno a la mirada alegre y despierta del niño las que lograron que aquella madre volviera a investirle, es decir, a interesarse por él y tratar de entender lo que quería transmitirle a través de sus ojos. El padre de una niña de año y medio, con una sordera congénita, se había desempeñado como tal correctamente, jugaba con mucha frecuencia con ella y nos decía que ambos se comunicaban con gran facilidad; fue al transmitírsele el diagnóstico clínico acerca de lo que le ocurría a su hija cuando como él mismo nos dijo "se quedó sordo" y se incapacitó para poderla entender o transmitirle, como hasta entonces lo había hecho, lo que quería decirle.

Los aspectos psicóticos de la personalidad, señalados por Bion, pensamos que siempre son movilizados ante el impacto que provoca la información dada sobre la lesión física que presenta el hijo. Mecanismos de defensa de la posición esquizoparanoide (negación, disociación, escisión, idealización, identificación proyectiva y omnipotencia) aparecen en uno o ambos padres. Dependiendo de la existencia previa en ellos o en su

interrelación de patología psíquica, así como de la intensidad de la misma, se hallarán más o menos capacitados para la elaboración del duelo por el que inevitablemente habrán de pasar alcanzando cuando lo logran la posición depresiva.

Trabajando con pacientes adultos que presentan una minusvalía física congénita adquirida en sus 2 o 3 años de vida, apreciamos mecanismos de defensa similares a los descritos. Su modo de percibir a los demás o de sentirse percibidos por éstos en un primer momento parece correcto, pero, cuando se escuchan sus relatos durante tiempo prolongado, pueden apreciarse las equivocaciones, auténticas ideas delirantes, halladas en sus interpretaciones. Si bien son correctos sus comentarios acerca de que la gente les mira o hablan de ellos cuando pasan a su lado, es erróneo lo que les atribuyen, estando esto último siempre en estrecha conexión con los comentarios que ellos mismos efectúan acerca de cómo se ven a sí mismos. A través del trabajo con los padres hemos podido comprobar cómo en ellos acontece una situación similar; refieren que sienten vergüenza a ir con sus hijos por la calle, que son observados o que inspiran compasión y lástima en los otros. Su relato puede parecer totalmente verídico cuando se escucha por primera vez, pero al repetirlo de forma reiterada y profundizar en él presentan errores semejantes de interpretación a los descritos. Pensamos que esta interpretación delirante del mundo por parte de los padres es la que éstos transmiten a sus hijos y así es como nos explicamos la presencia de la patología citada en ellos.

Como ya hemos dicho, el desconcierto de los padres en estos primeros momentos es total. Para calmar su ansiedad buscan ayuda y también consuelo en los profesionales, pero, por desgracia, no la encuentran. Hemos podido comprobar cómo profesionales, por otro lado, perfectamente capacitados sufren enormes heridas narcisistas al escuchar las preguntas que se les formulan. Dicha herida narcisista les fuerza a dar respuestas inadecuadas o considerarse culpables al no disponer de soluciones inmediatas para los problemas planteados. No obstante, para nosotros es lo más significativo, al igual que lo ya apreciado en los padres, el intenso dolor y sufrimiento y que requieren una enorme capacidad de espera para ser resueltas. Lo dicho resulta lamentable, pues pensamos que es precisamente en estos primeros momentos cuando una observación lenta y tranquila es imprescindible, cuando una estrecha colaboración entre el niño minusválido, sus familiares y los profesionales sería de tremenda utilidad para las tres partes.

Las enormes demandas que en ocasiones médicos o fisioterapeutas formulan creemos que actúan como verdaderas identificaciones patógenas, con el consiguiente daño para la estructuración mental de los padres. Se les insiste en la importancia de los ejercicios físicos, siendo con frecuencia estos mensajes incorporados en un SUPER YO severo y cruel que reprocha cuando son practicados y amenaza con el castigo de que el hijo no se recuperará si no son seguidos con total rigidez. Los padres pierden su capacidad creativa, se incapacitan para pensar por sí mismos, dejan de practicar juegos que hasta entonces realizaban y que eran beneficiosos tanto para ellos como para su hijo, repitiendo de forma rutinaria, desprovista de afecto, los ejercicios indicados. Padres, profesionales y niño minusválido potencia constantemente la importancia del hacer o actuar en detrimento del pensar o sentir. Todos se sienten sobrecargados y consideran que su labor sólo puede ser importante si hace su aparición tal o cual habilidad manual, tomando como fracaso el que ésta no se presente en el plazo de tiempo esperado, tendiendo a buscar culpables para explicar lo acontecido, con la consiguiente desilusión y deseos de abandonar los esfuerzos realizados por considerarlos inútiles. Lo expuesto es otro aspecto más que, sumándose a otros, explican los sentimientos de sobrecarga, sobreprotección, abandono o rechazo que en la literatura se mencionan y que tanto los padres como los pacientes adultos tratados nos han referido.

La pareja, en ocasiones, tiende a efectuar un reparto de roles, pudiendo ser éstos fijos o cambiantes. Así, por ejemplo, la mujer presenta los aspectos depresivos originados a raíz del acontecimiento traumático, haciéndose cargo el varón de los maníacos, trata de quitar importancia a cualquier problema que se presenta o se erige en el buscador de soluciones, a veces totalmente inviables, para los mismos. Cuando una pareja a la que tratábamos con psicoterapia tomó conciencia de lo que acabamos de decir, ella nos señaló que se sentía incapacitada para hacerse cargo de la tristeza de su marido y éste nos manifestó que con su actitud eufórica se había protegido de temerosas ideas de suicidio. También es frecuente que uno de los cónyuges, por lo general el padre, se excluya o se sienta excluido. En el primer caso, la madre no cuenta con el apoyo emocional necesario, lo cual repercute en la relación con su hijo en el sentido de aumentar su desinvolvemento o, por el contrario, prolongar la fase simbiótica con él o ser tomado como prolongación narcisista. En el segundo, el padre experimenta sentimientos de rivalidad, envidia o celos, sentimientos que no se atreve a expresar y que le crean intensa culpa, ya que considera que por las condiciones físicas de su hijo hasta cierto punto es lógico que no se le atienda a él. Los demás hijos de la familia, cuando hemos tenido la oportunidad de tratarlos, nos han referido sentimientos semejantes a los que acabamos de describir en los padres; pero no nos ocuparemos ahora de éstos, ya que nos distanciaríamos de nuestro tema. La pareja puede tender a aislarse y eludir los contactos sociales que hasta entonces venía manteniendo, en un principio por sentirse rechazados y avergonzados; aunque más adelante puedan desearlos, la culpabilidad surge de nuevo, pues consideran que al practicarlos no se ocupan de su hijo minusválido. Vemos pues cómo la tendencia a establecer fantasías de triangulación en las cuales siempre existe uno excluido, son muy habituales.

Cuando en la pareja ya existían conflictos, claramente manifiestos o no, con anterioridad al nacimiento del hijo minusválido, lo que acabamos de decir se intensifica. El niño es tomado como chivo emisario y se le utiliza como explicación y justificación de lo que acontece entre los padres. A veces, él o ella abandona el hogar y sólo un cuidadoso estudio nos permite recoger la existencia de conflictos previos y la psicopatología individual o de pareja. No obstante, al tratar a pacientes adultos con minusvalía física congénita o adquirida en los primeros años de vida hemos tenido la oportunidad de apreciar el impacto emocional que en ellos había provocado el asumir tal explicación. Han requerido de mucho esfuerzo y trabajo tanto por parte de ellos como por la nuestra para que pudieran comprender que, aunque en el presente siguiesen teniendo los mismos sentimientos, sus argumentos eran erróneos. Así, un paciente con parálisis cerebral cuyo padre abandonó la casa cuando él tenía 2 años de edad, habiendo regresado a ella al cumplir él 20 años, trataba de justificar no sólo su ausencia, sino también su constante insistencia en ser mantenido por el paciente, por la minusvalía. Su necesidad infantil insatisfecha le llevaba a mal interpretar y asumir sus demandas creyendo que así lograba su objetivo.

Tanto en el paciente adulto como en el niño con una minusvalía física hemos apreciado enormes dificultades para discriminar entre fantasía y realidad, así como entre juego y realidad, dificultad que por la tendencia a asumir el objeto las identificaciones proyectivas que sobre él se efectúan también las presenta. Creemos que una serie de aspectos como son la existencia de una fase simbiótica prolongada, dificultades en la separación-individuación, intensa avidez oral o fijaciones pre-edípicas, así como habituales fantasías de omnipotencia intervienen y pueden utilizarse para explicar dicha dificultad. Cuando desean obtener gratificaciones de los objetos, utilizan la minusvalía física para lograrlas y, al conseguirlas, no llegan a plantearse que ello pueda deberse a

aspectos cariñosos y bondadosos del objeto o a cualidades propias que llevan a éste a comportarse como lo ha hecho. Si la frustración aparece, culpan a la minusvalía física de la misma e intentan por diversos procedimientos, entre ellos la verbalización de su fantasía, que los otros, los objetos, la interpreten de igual modo. Con cierta frecuencia se califican a sí mismos de aprovechados, perversos, malas personas o de ilusos, soñadores o incrédulos haciendo estas aseveraciones en períodos avanzados de sus tratamientos. Como ya hemos dicho en repetidas ocasiones, la identificación proyectiva es en ellos frecuente, así como la tendencia a lograr que los objetos, en este caso los padres, caigan en la contraidentificación proyectiva y de ahí que con mucha frecuencia no distingan cuando son agredidos o se les hacen peticiones imposibles de cumplir, no discriminando tampoco con claridad cuando se convierten en agresores, sobreexigentes o sobreprotectores. Como ejemplo demostrativo de lo expuesto, señalaremos lo acaecido a uno de nuestros pacientes, cuando al tener que acudir a una consulta médica su madre se propuso acompañarle debido a las dificultades motoras que aquel padecía; el padre de forma airada volvió a quejarse una vez más de que su mujer siempre le excluía y el paciente buscó como solución, debido a su culpabilidad, primero convencerles y más tarde lograr que ambos acudieran a dicha consulta para que le explicasen al doctor sus dolencias. A este paciente, por otro lado con una inmensa creatividad y muy acostumbrado a desarrollar fantasías, le resultaba difícil en esta ocasión darse cuenta de su equivocación, siendo también significativo el hecho de que sus padres no captaran la realidad y pusieran en práctica su proposición.

Si bien todo niño va a tener que superar diversos obstáculos en el transcurso de su desarrollo emocional para adquirir la madurez, en el caso del niño con una minusvalía física congénita o adquirida en edades precoces, los obstáculos se intensificarán acaeciéndoles exactamente lo mismo a sus padres y hermanos. La primera separación ocasionada por su ingreso en un medio hospitalario para tratamiento quirúrgico, la escolarización, su incorporación en centros especializados para estudios o formación profesional, la adolescencia, relaciones amorosas con el otro sexo, el matrimonio, la paternidad o el desempleo profesional pueden ser entre otros, escollos que crearán enormes dificultades y en los que los padres se encuentran implicados no sólo desde un punto de vista práctico, sino especialmente desde el afectivo. Estamos totalmente de acuerdo con Berreman y Wright cuando plantean que no sólo debe contemplarse la influencia, positiva o negativa, de las actitudes parentales y añaden que los problemas de los incapacitados son similares a los de otros grupos minoritarios: tienen que aceptar una situación incierta, así como la hostilidad y el rechazo del medio social hacia su situación; la constante exposición a través del crecimiento a actitudes negativas puede dar lugar a la internalización de este trato y a una depreciación hacia sí mismos.

Resulta significativo el sentimiento de fracaso y de inutilidad para ayudar a sus hijos que experimentan algunos padres al tener que hacerse cargo de los sentimientos de rechazo que aquellos describen al participar en un grupo, llegada la adolescencia. Hasta entonces le habían estimulado de forma adecuada para su desenvolvimiento y manejo de sus capacidades, proponiéndole en cambio ahora el aislamiento o el retraimiento en el seno de la familia, exigiéndole también que intente sobrecompensar su minusvalía física a través de un desarrollo intelectual más amplio o exhortándole a que sólo se preocupe de encontrar un puesto de trabajo con el que ganarse la vida. Ellos mismos dicen que ya no pueden con más problemas y les cuesta entender, pues sienten el hacerlo como un abandono con la culpabilidad consiguiente, que es ahora cuando tienen que renunciar poco a poco a su actitud directiva y a ser capaces de crear un espacio emocional en el que

sus hijos no sólo planteen problemas prácticos, sino, y especialmente, en el que puedan manifestar sus sentimientos.

Padres que hasta entonces han dado muestras de una enorme capacidad creativa al afrontar esta nueva situación, y debido a la existencia de conflictos inconscientes en ellos, no saben cómo manejarla, con el consiguiente desconcierto para todos. Así, por ejemplo, un padre que, observando cómo su hijo evolucionaba a pesar de su minusvalía física en un triciclo, se las ingenió al llegar aquél a la adolescencia para adaptar un motor a un triciclo parecido, logrando así que su hijo pudiera desplazarse por la ciudad con comodidad. Para alcanzar estos resultados hubo de enfrentarse con diversos miembros de la familia, ya que era acusado de poner en peligro la vida del chico; sin embargo, lo paradójico es que cuando éste decidió emplear su medio de transporte para acudir a reuniones con otros adolescentes, el mismo padre, hasta entonces creativo, hacía intentos para prohibirle estos desplazamientos señalándole los peligros que la circulación encierra. Este y otros aspectos del material clínico de este paciente, que no es necesario explicitar en este momento, nos han puesto de manifiesto la tendencia parental a sentir la heterosexualidad de su hijo minusválido enormemente conflictiva. Creemos que existen razones conscientes e inconscientes en las figuras paternas que determinan este comportamiento.

Entre las primeras se hallan el temor a que el hijo sufra si no es aceptado por su partenaire, que la relación prosiga y se planteen el matrimonio considerando que serán ellos, los padres, los que tendrán que hacerse cargo de su manutención, o si deciden ser padres también, a ellos les ha de corresponder la crianza de los nietos. Como no es infrecuente en cuanto a cómo tratar al futuro yerno o nuera o los problemas que habrán de crearse con las familias de aquél o aquélla también despiertan intensa ansiedad.

Las argumentaciones, que tienen sus orígenes en aspectos inconscientes de uno o ambos padres o de su interacción, son las que se definen con más ahínco, las que se manifiestan como resistencia en nuestras terapias de pareja o las que, a veces de forma insidiosa y en otras en abierta oposición, intentan impedir y lo logran con bastante frecuencia que prosigan tratamientos psicoterápicos practicados por el hijo minusválido. Su emancipación despierta sentimientos de envidia, rivalidad o celos, habiendo apreciado éstos con más frecuencia en el caso de los padres; en algunos casos soportan con dificultad que su hijo les supere en logros sociales y cuando ello ocurre le recuerdan que lo obtenido en el fondo es un mérito paterno, ya que fue él quien desde que aquél era niño hubo de estimularle para su progreso. Las madres soportan mal la separación, su motivación para vivir en muchos casos ha sido la de ayudar a su hijo a crecer y consideran que ahora van a quedarse sin contenido; sentimientos de abandono, de vacío o de extrañeza, así como la aparición de cuadros confusionales o de despersonalización se hacen patentes en estos momentos.

La minusvalía física es utilizada por el paciente como falso self con bastante frecuencia, apareciendo el sometimiento y el acatamiento como actitudes comportamentales típicas, así como los sentimientos de vacío y futilidad. En el medio familiar cuando alguno de sus integrantes intenta expresar sentimientos distintos a los habituales y los denominamos de tal modo por la frecuencia con que repiten los ya conocidos con el consiguiente empobrecimiento de la comunicación, los que los escuchan suelen interpretarlos como ataques o reproches provocando culpabilidad en el emisor, siendo ésta la que le fuerza a someterse. Lo dicho no sólo lo hemos apreciado con bastante insistencia en los pacientes, sino que también en ocasiones hemos comprobado cómo alguna de las figuras paternas, madre o padre o ambos, también nos muestran un falso

self. Cabría pensar que si ya había adquirido su madurez emocional al convertirse en padres lo dicho no sería posible, pero en la medida que pensamos que la estructuración psíquica no sólo se efectúa en los primeros años de vida, sino que siempre se producen identificaciones que la van modulando consideramos que las muy variadas y diversas influencias a que los padres se hallan sometidos son las causantes de dicho falso self. Las identificaciones formuladas por los profesionales en torno a lo que hay que hacer, las necesidades o comentarios poco oportunos realizados por otros padres con un niño en una situación similar con fuertes dotes de persuasión, pueden originar comportamientos sumisos y sentimientos de vacío o futilidad al ejercer los roles paternos, siendo todos estos los rasgos que Winnicott considera como manifestación evidente de falso self. Los sentimientos de abandono, soledad, vacío o intensa tristeza, así como los cuadros de despersonalización o confusionales que con anterioridad hemos señalado que pueden presentarse. García Badaracco los destaca también cuando las identificaciones patógenas comienzan a desaparecer o como él dice cuando se produce el proceso de desidentificación, habiendo sido esto también descrito por nosotros en otra oportunidad al referirnos al período crítico que todo tratamiento psicoterápico con estos pacientes presenta, período en el que se manifiestan profundas heridas narcisistas, ideas de suicidio o cuadros melancólicos; período crítico que nos alerta acerca de que comienza a surgir el verdadero self. Si bien lo dicho se presenta cuando un paciente con una minusvalía física congénita o adquirida en sus primeros años de vida inicia su emancipación, intentándola por sí solo o después de transcurrido un largo tiempo de tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico, cabe preguntarse qué acontece en los padres cuando dicho paciente no se la plantea, permanece aislado o exige sobreprotección. En estos casos es frecuente que se considere como única solución la búsqueda de un trabajo o de cualquier otro tipo de ocupación, pues de forma mágica se piensa y lamentablemente esto no sólo lo hemos apreciado en las figuras paternas, sino también en instituciones encargadas de ayudar al minusválido, que al dar este paso los problemas del hijo se resolverán. La constante repetición de estos mensajes es para nosotros la causa de que los propios pacientes no valoren, al comienzo de sus tratamientos, la importancia que para ellos ha de tener su crecimiento emocional, llevándoles a abandonar la ayuda que están recibiendo en este sentido sí les surge un empleo. No obstante, debemos reconocer el enorme mérito y esfuerzo que hubieron de efectuar aquellos minusválidos que luchando contra corriente tomaron la firme decisión de indagar en el conocimiento de ellos mismos, dejando para más adelante o combinándolo si esto era posible, con su trabajo laboral.

El pseudoequilibrio que muchas familias presentan se tambalea o puede llegar incluso a desaparecer cuando un hijo con estas características emprendedoras decide en su adolescencia, aunque ésta sea de aparición tardía, emprender su independencia. Esto fue lo que aconteció en el caso de una joven que tratamos; la madre que siempre había vivido dedicada a atenderla al perder este cometido hubo de plantearse la relación conyugal frustrante que mantenía, amenazando a su esposo con el suicidio; el padre la culpó de los cambios familiares que se estaban produciendo y le llegó a plantear que en el caso de que no tomara la determinación de dejar la psicoterapia de grupo que realizaba, él abandonaría el domicilio familiar. Pidieron consulta también a otro psiquiatra, amigo de la familia, que le responsabilizó de todo lo que estaba aconteciendo, señalándola a la vez para tranquilizarla que se había dejado influir por personas no capacitadas y que desconocían la naturaleza limitativa de su padecimiento físico; fue llamativo que le mencionara, como aspiraciones a las que no podía pretender llegar, logros que ella ya había alcanzado. El reencuentro de una relación de pareja cuando ésta ha vivido durante muchos años sin que exista dicha relación, ya sea por los problemas previos al nacimiento del hijo minusválido o por los que hemos ido citando líneas arriba, no sólo lo consideramos difícil, sino

prácticamente imposible y es así como entendemos las resistencias que van surgiendo ante nosotros al realizar nuestro trabajo.

Terminamos aquí nuestra exposición, ya que, al querer apoyarla en hechos clínicos, creemos que la temática que los padres plantean en sus psicoterapias ha sido recogida y en el caso de los pacientes, los conflictos que mostraron y fuimos capaces de hallar estaban muy relacionados con fijaciones a etapas precoces del desarrollo. Antes de hacerlo deseamos señalar la importancia que para nosotros tiene la relación madre-hijo, así como la existencia o no de un padre capaz de apoyar, sostener y contener a ambos y que a su vez se preste a ser ayudado también por aquellos, la madre y su hijo. Consideramos también enormemente ventajosa la ayuda emocional que a estos padres les puede ser prestada; también aconsejamos que al llevarla a cabo se contemplen con gran cuidado los sentimientos contratransferenciales, ya que achacamos a éstos la actitud evitativa o las explicaciones intelectuales basadas en teorizaciones y no en observaciones clínicas detalladas que el profesional en ocasiones realiza y el que el abordaje psicoanalítico de estos problemas haya sido casi abandonado.

BIBLIOGRAFÍA

BEREMAN. J. V. (1954): "Some implications of research in the social psychology of physical disability". **Exceptional Children**, 20, 347-57.

BURLINGHAM, D. (1961): "Some notes on the development of the blind". **Psychoanalytic study of the child**, 16, 121-45.

CASTELNUOVO-TEDESCO, P. (1981): "Psychological consequences of physical deficits: A Psychoanalytic perspective". **International Review of Psychoanalysis**, 8, 145-54.

COROMINAS, R. (1983): "Aproximación a la psicoterapia del paciente minusválido". **Revista de Psicoterapia y Psicosomática**, 7, 41-54.

COROMINAS, R. (1987): "Contribuciones del hijo al desarrollo emocional de los padres". **Revista de Psicoterapia y Psicosomática**, 15, julio-diciembre.

COROMINAS, R., y SANZ, M. J. (1986): "Consideraciones psicodinámicas acerca de la familia del paciente minusválido". **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 19, 555-556.

COROMINAS, R., y SANZ, M. J. (1988): "Aportaciones psicodinámicas para la comprensión del minusválido físico obtenidas a través de la psicoterapia de grupo". **Revista de Psicoterapia y Psicosomática**, 16, 55-73.

FRAIBERG, S. (1981): "Niños ciegos. La deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad". INSERSO, Col. Rehabilitación. Madrid.

FREUD, A. (1952): "The role of bodily illness in the mental life of children". **Psychianalytic Study of the Child**, 7, 69-81.

FREUD, S.: "Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis". **Obras Completas**, tomo VIII. Biblioteca nueva.

FREUD, S.: "Introducción al narcisismo". **Obras completas**, tomo VI, Biblioteca Nueva.

- GREEN, A. (1986): "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte". Amorrortu. Biblioteca Nueva.
- GREENACRE, P. (1958): "Early physical determinants in the development of sense of identity", **Journ. of the Amer. Psycianal. Assoc.**, 6. 612-27.
- KLEIN, M. et al. (1962): "Desarrollos en Psicoanálisis". Horné. B. A.
- LUSSIER, A. (1960): "The Analysis of a boy with a congenital deformity". *Psychoanalytic Study of the Child*, 15,430-453.
- LUSSIER, A. (1980): "The physical handicap and the body ego". **inter. Journ. of Psychoanal-**, 61, 179-85.
- MAHLER, M. (1977): "El nacimiento psicológico del infante humano". **Marymar**. B. Aires.
- MAHLER, M. (1984): "Separación-individuación". **Estudios 2**, Paidos. B. Aires.
- WINNICOTT, D. W. (1990): "Los bebés y sus madres". Paidos. B. A.
- WINNICOTT, D. W. (1979): "Realidad y juego". Gedisa. Barcelona.
- WINNICOTT, D. W. (1975): "El proceso de maduración en el niño". Laia. Barcelona.