

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

- F. CABAILEIRO Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapeuta infantil
- R. GADDINI Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión
- L. J. MARTIN Identidad y formación en psicoterapia infantil
- J. M. TOUS y
M. T. MIRO Las ansiedades del terapeuta novel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión
- D. A. LUCIANI Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud

DEBATE

* * *

- M. PEREZ SANCHEZ Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis
- A. MANCHON,
M. ILLAN
M. GALIAN MUÑOZ y
G. RODRIGUEZ «El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica»

N.º 4 1987

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE **SEYPNA**

Presidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:

M.^a del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:

Luis Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)

Juan Manzano (Ginebra)

Ricardo Sanz (Valencia)

Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:

Marian Fernández Galindo

Comité de Redacción:

L. F. Cabaleiro

L. Martín Cabré

B. Rodríguez Braun

M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marian Fernández Galindo

Numancia, 24

28039 Madrid

ANTES DE ALZAR EL VUELO HACIA LA FORMACION DEL PSICOTERAPEUTA INFANTIL (*)

Por L. Fernando CABALEIRO FABEIRO

El tema que se va a abordar en las próximas ponencias podría constituir algo demasiado abstracto, una entelequia, si no lo situamos en el marco de la realidad de la formación del psicoterapeuta infantil en España.

Es difícil hablar de la formación del psicoterapeuta infantil sin hablar, al menos, de la formación del psiquiatra y del psicólogo de niños y adolescentes. Y es igual de difícil hablar de la formación de ambos profesionales sin tener en cuenta el estado de la infraestructura asistencial que sustenta el desarrollo de la formación. Porque ¿es posible la formación de un psicólogo o de un psiquiatra fuera de una mínima red asistencial?

En España venimos de una situación que estaba ahí, sólo hace un decenio, y que en dos palabras podría describirse —sin caricaturizar demasiado— de la siguiente forma: El neuropsiquiatra de adultos ocupándose de la Psiquiatría infantil, haciendo electroencefalogramas a niños calificados de agresivos y que eran sedados con fármacos diversos; y el psicólogo clásico pasando tests de coeficientes intelectuales que ayudaban a la Administración y al neuropsiquiatra a clasificar, marginar y almacenar a supuestos deficientes mentales. Las excepciones confirmaban la regla.

(*) Extracto de las palabras de bienvenida e introducción a la III Reunión Científica. Madrid, noviembre 1987.

Sin que esta situación haya desaparecido del todo, en los últimos años ha experimentado algunos cambios favorables:

- Ligeramente aumento de puestos de trabajo de psiquiatras y psicólogos en organismos públicos.
- Aparición de una mayor demanda psíquica infantil cada vez más matizada.
- Cierta aumento del nivel de formación de los profesionales de este campo.

Estos tres cambios están sin duda interrelacionados y podríamos encontrar sus orígenes en factores tales como: la crisis socioeconómica y el cambio político, la importante situación de paro de los psicólogos y, aunque en mucha menor medida, también de los médicos, el acceso de un mayor número de niños a la escolarización y el «boom» del fracaso escolar, la llegada o el regreso de profesionales con formación infantil tanto de algunos países de Sudamérica como de Centro-Europa, las mejores condiciones para que los profesionales autóctonos con buena formación desarrollasen una labor de docencia y el mejor acceso a la bibliografía internacional, entre otros muchos factores.

Pero, aunque ha habido un aumento de puestos de trabajo para la atención psíquica al niño y al adolescente, este desarrollo tiene desgraciadamente las siguientes características:

- No existen apenas equipos sectorizados de Salud Mental Infantil, abundando sobre todo los psiquiatras o psicólogos infantiles aislados.

- Estos psicólogos o psiquiatras pertenecen todavía a diferentes instancias públicas, inconexas, lo que con frecuencia da lugar paradójicamente a duplicidades funcionales en una situación de insuficientes recursos.

- Y, por supuesto, apenas existen Hospitales de día, Unidades de tarde, Unidades específicas para adolescentes u otros dispositivos propios de una red asistencial algo desarrollada.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica de hace dos años reconoce una situación similar cuando dice:

«A nuestro juicio las medidas de protección de la salud mental infanto-juvenil son actualmente deficitarias e incipientes, mínimamente dotadas en su perspectiva asistencial y sin un marco global de planificación y ordenación dentro del sistema de cuidados de la salud mental».

A continuación dicho informe pone el acento en la peculiaridad del niño y del adolescente para concluir que debe existir una unidad cualificada para la atención infantil dentro del equipo de salud mental.

Es este el panorama asistencial con el que contamos hoy para empezar a hablar de la formación del psicólogo y del psiquiatra infantiles en los Servicios públicos.

Las especialidades de Psiquiatría y de Psicología infantiles no han sido todavía reconocidas en España. Unica-

mente hace algo más de un año que la Psiquiatría Infanto-Juvenil ha sido reconocida como un «área de capacitación específica» dentro de la especialización en Psiquiatría. No está mal empezar por algo, pero no se pueden quedar las normas establecidas al respecto, en considerar el tiempo de formación específica del psiquiatra infantil en un año o, a lo sumo, año y medio.

Suelo recordar en situaciones similares a ésta que, como condición para ser Miembro ordinario, nuestra Sociedad pide cuatro años de trabajo en equipo, de los cuales, al menos dos, han de tener lugar en equipos de adultos. También pide un mínimo de ochenta horas de supervisión de psicoterapia. Cuando se establecieron nuestros estatutos, recibimos alguna crítica en el sentido de que estas exigencias no se adaptaban a la realidad española. Nosotros considerábamos ya entonces que no era conveniente adaptarse a un panorama.

Y bien, ¿cómo se forman entonces actualmente en España tanto psiquiatras como psicólogos? Todavía es pronto para hablar de resultados en aquellos Centros que han sido recientemente aceptados como Unidades acreditadas para la formación de psiquiatras infantiles. En mi opinión la formación de psiquiatras y psicólogos infantiles se sigue llevando a cabo, en la mayor parte de los casos, a través de situaciones más o menos heroicas. Por un lado en algunos Servicios —muy pocos— situados en general en las grandes poblaciones universitarias en los que existen algunos puestos de formación mal remunerados o se tiene acceso a situaciones de voluntariado. Por otro lado está la asistencia a seminarios y supervisiones privadas, a Jornadas y Congresos, que han de suponer una cierta capacidad de desembolso. A menudo se establece el conocido círculo vicioso: «Necesito trabajo para pagar la formación

y formación para encontrar trabajo». Existe una tercera vía, no menos heroica, y es la de quienes optan por irse al extranjero durante bastantes años para formarse.

Vistos, a vuela pluma, tanto el panorama de los Servicios asistenciales, como el de la formación de psicólogos y psiquiatras infantiles en España, tenemos ya una base para adentrarnos en la formación del psicoterapeuta. Y, de pronto, ya se me agolpan un montón de preguntas. Me apresuro por tanto a decir que el tema que nos concierne es, fundamentalmente, el de la formación del psicoterapeuta infantil de inspiración u orientación psicoanalítica. ¿Existen otros psicoterapeutas? Si sólo tuviésemos en cuenta las tres concepciones quizá de mayor relevancia o difusión en el mundo de la Psiquiatría y Psicología (El Psicoanálisis, el Conductismo y la Teoría Sistémico-comunicacional familiar), creo que sólo el psicoterapeuta de orientación analítica tiene realmente interés en llamarse psicoterapeuta. El sistémico habla más frecuentemente de terapia que de psicoterapia (de hecho del psiquismo individual hace constantemente abstracción y sólo muy recientemente comienza a interesarse en el tema). Y el conductista elabora programas de modificación de conducta o hace terapias de comportamiento.

Si aceptamos que el psicoterapeuta es el psicoterapeuta de orientación analítica, ¿necesitaría antes, o paralelamente a su formación, otra formación más amplia, como podrían ser los conocimientos epidemiológicos, médicos, farmacológicos, de manejo de tests, de elaboración diagnóstica, etc.? ¿Necesitaría algo más que una cultura académica sobre las otras concepciones importantes de los problemas psíquicos infantiles? ¿No sería lo idóneo que existiesen ciertos Servicios Públicos asistenciales y docentes en los que se adquiriese la formación psiquiátrica o psicológica ya desde un principio con una clara orientación psicoanalítica? ¿Es posible esto en los Servicios Públicos

coanálisis y psicoterapia? Para mí, la cuestión es: ¿Ha tenido el terapeuta una formación analítica? ¿O no?

En vez de tratar nuestros dos argumentos uno como opuesto al otro, podríamos con mayor aprovechamiento, contraponer nuestros dos argumentos a la psiquiatría infantil. En mi práctica clínica yo he tratado en psiquiatría infantil millares de niños en período de latencia. Como analista, he tratado centenares en psicoterapia individual. He tenido, en cambio, un corto número de ellos en análisis. Los criterios de distinción entre las dos, psicoanálisis y psicoterapia, son tan vagos que yo no soy capaz de ser más preciso.»

Algunos años después, Winnicott volvió sobre el argumento en su trabajo **«Finalidad del tratamiento psicoanalítico» (1962)**. Decía textualmente:

«A mí me gusta hacer análisis, y miro siempre con atención el final del análisis. El análisis, en cuanto tal, no tiene sentido para mí. Yo hago el análisis porque es esto de lo que el paciente tiene necesidad. Si el paciente no tiene necesidad de análisis, entonces hago otra cosa. En análisis uno se pregunta ¿hasta dónde se puede llegar? En contraste, en mi clínica, que es un servicio de psiquiatría infantil, el slogan es: ¿Cuál es la intervención mínima con la cual el paciente puede obtener beneficio?»

Winnicott concluye el trabajo con estas palabras:

«En mi opinión, la finalidad de nuestro trabajo terapéutico no es diferente si nosotros nos encontra-

mos interpretando mecanismos mentales que son propios de los psicóticos o de los primerísimos estadios del desarrollo individual. Si nuestra finalidad es la de verbalizar el gradual nacimiento de la conciencia en el paciente a través de la transferencia, en este caso hacemos un análisis. De otra manera, somos analistas que hacen otra cosa que nosotros consideramos adecuada a la situación.»

Y ¿por qué no?

LA TERAPIA PSICOANALITICA

En la idea originaria de Sigmund Freud, al que debemos nuestros actuales conocimientos sobre la actividad psíquica, el término *psicoanálisis* indicaba un tratamiento terapéutico obtenido por medio de una especial técnica de análisis psicológico. En este sentido, se usa, aún hoy, por los analistas. Es verdad que su significado ha sido ampliado, y que el mismo término indica además una particular psicología científica fundada sobre bases biológicas además de un específico método de investigación para el estudio de la actividad psíquica. Pero un psicoanálisis quiere decir también, y es importante recordarlo, un tratamiento terapéutico psicoanalítico.

Esta denominación específica corresponde estrictamente a la técnica con la cual la terapia se conduce. Por tanto, ella, con el conjunto de los caracteres arriba descritos, confiere a la terapia psicoanalítica una posición que puede considerarse única y opuesta a la ocupada en común por las psicoterapias de cualquier otro tipo. Quiero decir de hecho y anticipo, que psicoanálisis y psicoterapia tienen

por objeto en común los conflictos del funcionamiento psíquico, y divergen decididamente respecto a los medios utilizados y a los fines que se proponen. Todas las psicoterapias conocidas, es decir, por mucho que sean diferentes las técnicas usadas por ellas, pueden ser unidas por los fines perseguidos y por los medios usados, en el sentido de que a diferencia del psicoanálisis éstas no son causales, sino que intentan modificar los síntomas perturbadores, y usan para esta finalidad, de distintas maneras, pero en modo esencial, el medio terapéutico de la *sugestión*. Como consecuencia de ello, los resultados que de este modo se obtienen son de naturaleza diferente a los psicoanalíticos que tratan de obtener modificaciones de la estructura de la personalidad. En este sentido, la terapia psicoanalítica ha sido también definida como una *terapia reestructurante* (Greenson).

El entendimiento causal da razón de otra característica esencial y exclusiva: del hecho de que en psicoanálisis la investigación causal con finalidad terapéutica no se puede disociar del trabajo de investigación en el plano científico. Desde Freud en adelante, la doctrina psicoanalítica se ha ido estructurando, como es sabido, sobre la base de los datos de la experiencia clínica. Hoy, se puede decir que ella conforma constantemente el trabajo clínico y es, por él, constantemente enriquecida y sostenida.

Las características hasta aquí descritas de la terapia psicoanalítica, el uso de la relación como instrumento; el entendimiento causal; la no directividad y la abstención de todo uso directo de la sugestión; el carácter reestructurante y la consiguiente naturaleza de los resultados; y la identidad entre terapia e investigación, inducen a mantener al psicoanálisis como distinto de las psicoterapias. Los analistas y los mismos psicoterapeutas, implícitamente, hacen esta distinción cuando reconocen la existencia

de una «psicoterapia psicoanalítica» o «psicoanalíticamente orientada», de una terapia, es decir, por tanto, formada por el psicoanálisis, o desde el psicoanálisis, pero con variaciones técnicas que la acercan al grupo de las psicoterapias (frecuencia de las sesiones reducida, mayor actividad del terapeuta, mayor uso de la sugestión, menor uso de la relación y la interpretación, etc....).

Como es sabido, existen varias modalidades de psicoterapia psicoanalítica según las situaciones en las que se practica. Desde la psicoterapia psicoanalítica de las psicosis a las de grupo (1). Además, existen casos en los cuales una psicoterapia psicoanalítica puede ser indicada, a veces, temporalmente, en lugar o esperando que se produzca más tarde un psicoanálisis regular.

Una psicoterapia psicoanalíticamente orientada se efectúa a menudo por psiquiatras o psicoterapeutas no cualificados como psicoanalistas, pero que se han sometido previamente a un tratamiento psicoanalítico. Pero sucede, a veces, al mismo analista cualificado, que se encuentra debiendo dosificar oportunamente su terapia pasando o deslizándose en la psicoterapia psicoanalítica. La conducción correcta de una dosis de estas características exige capacidad y experiencia por parte del analista.

Como se puede deducir de lo que ha sido argumentado hasta ahora, es el paciente quien decide que se hable de psicoterapia o psicoanálisis.

Con el análisis se movilizan los bloqueos y todos los obstáculos que interfieren en el crecimiento. El individuo,

(1) Existen también psicoterapias de grupo no analíticamente orientadas.

que hasta ese momento había sido orientado sólo sobre las necesidades, puede conocer también sus deseos.

Anteriormente, los deseos eran considerados muy peligrosos por algunos pacientes porque suponía admitir que estaban separados y eran diferentes y que ser en el mundo externo suponía no ser un-todo-con-el-objeto. Con la psicoterapia analítica, estos pacientes se han podido alejar de la dependencia absoluta y acercarse a los deseos. Pero ahora el análisis debe terminar porque el paciente debe afrontar una nueva área de angustia de la cual no sabe nada y que debe elaborar sólo. No puede hacerlo en el modo sistemático que el análisis ofrece. Estas angustias son las angustias objetales.

La cuestión es que en análisis se debe dejar de lado el concepto de curación que existe en medicina. Sólo entonces podremos empezar a entender que es lo que ocurre verdaderamente cuando un paciente se cura.

El Edipo es un punto de llegada. Los pacientes se encuentran con las angustias destructivas que hacen revivir las angustias de la pérdida del self.

¿Quién es el que se enferma? Es la estructura la que se enferma y por tanto vienen a faltar las defensas. El Edipo puede ser empujado por un trabajo sistemático, pues los pacientes deben de poder volver a entrar en el self y continuar elaborando y retomando el camino con el modo de proceder propio de cada uno.

EL DEBATIDO DILEMA DE LA SUPERVISION

La supervisión del trabajo hecho con niños debe ser considerada como un caso especial de supervisión, que

presenta problemas diferentes y más complicados que los relativos a los casos adultos. Por cuanto los candidatos que tratan niños pueden ser ya analistas de adultos, hay mucho más que aprender. El trabajo con niños es diferente, por lo cual existe la necesidad de una particular constelación de varios puntos que pueden emerger en diferentes encuentros.

El terapeuta infantil se encuentra con dificultades mucho más complicadas en el trabajo analítico con niños que por lo que respecta al trabajo con adultos. El terapeuta infantil debe mantener una alianza con los padres, hacer frente a sus presiones y peticiones, asistirles e impartirles una cierta guía, al mismo tiempo concentrarse en *el niño como paciente* y preservar su sentido de privacidad, en el sentido de que su terapia es una cosa totalmente personal. Los mensajes y las comunicaciones de los padres deben de ser comprendidas analíticamente desde el momento en que los padres a menudo distorsionan y modifican las cosas. Sin embargo, estos contactos proveen al analista y al terapeuta de una rica información sobre el rol que el niño tiene en la familia, sobre las fantasías que los distintos miembros de la familia alimentan en relación a él y sobre la patología de los padres y de la familia. Los candidatos y los terapeutas que trabajan con niños deben, por tanto, aprender a navegar entre niño y padres.

Por otra parte, ya que los niños traen a la terapia y a la relación analítica más que los adultos situaciones de realidad (el colegio, la chica de servicio, los amigos, la misma familia, etc.), el supervisor puede perder el hilo de las asociaciones de un día para otro. Los niños tienen menos autonomía que los adultos respecto al ambiente externo que, con su continuo entrometerse, cambia personas y cosas según las persistentes fantasías inconscientes.

La psicopatología de las figuras significativas en la vida del niño deberá ser bien encuadrada para poder considerar preguntas como: *¿Quién debería ser tratado antes que nadie en la familia? ¿Pueden los padres tolerar la mejoría de su hijo?*

Los psicoterapeutas de la infancia deben tener una comprensión clara del crecimiento y del desarrollo del individuo normal. Esto es esencial, no sólo para el diagnóstico inicial, sino también para la continua valoración del proceso y para poder encuadrar las interpretaciones en un apropiado nivel de desarrollo.

Los terapeutas que trabajan con niños deben aprender a hablar con los niños. El modelo adulto del silencio, de la confrontación de la interpretación, etc., se adecúa poco, en general, al trabajo con niños. El terapeuta infantil debe ser capaz de usar situaciones tanto gráficas como verbales. La interpretación deberá, a veces, ser hecha a través del pensamiento indirecto del juego, de las historias, etc.... Todo en palabras y conceptos, además, que el niño pueda entender.

Los candidatos terapeutas tienen a veces dificultades en encontrar el equilibrio óptimo en sus diversos roles, ya sea de observador, ya sea de participantes, roles que a menudo se alternan en la misma sesión.

El candidato puede no ser capaz de jugar o, por el contrario, puede dejarse tomar demasiado por el juego, o añadir sus propias fantasías a las del niño y empujar el juego en una dirección iniciada más por él mismo que por el niño.

Se pueden considerar cinco dificultades específicas del análisis del niño:

1. **Establecer y mantener el encuadre analítico.** Este es un proceso difícil, especialmente con niños orientados sobre la acción más que sobre la expresión verbal. El niño deberá ser ayudado a convertir la acción en palabras. Deberá, además, ser animado, en la medida que sea posible, a verbalizar antes de dar por descontado que sus comunicaciones pueden ser siempre entendidas. El analista podrá hacer preguntas sobre el juego y animar asociaciones al respecto. Una demasiado precoz y rápida interpretación del juego es como interpretar el contenido manifiesto de los sueños y puede llevar a una actitud pasiva y no verbal del niño, a un «desbarrar» (barrage, en francés) de interpretaciones discontinuas y no conectadas entre ellas que no puedan ser utilizadas por él. La consecuencia de una acción no es necesariamente la motivación que el niño siente por ésta. Por ejemplo, si el analista se inquieta por una acción, no es necesariamente cierto que el niño quiera enfadar al analista. Esto, naturalmente, tiene que ver con las interpretaciones en la transferencia sobre las cuales no queremos extendernos en esta ocasión.

El juego de fantasía que puede ser usado analíticamente debe ser diferente de la acción del juego, que es más necesario que sea controlada o convertida en juego de fantasía después.

2. **Ataques físicos a la persona del analista.** Niños en el período de latencia y pre-latencia, pueden tocar y usar la persona del analista. Estos contactos corporales no tienen lugar en el análisis de los adultos, y, a menudo, producen molestia en el terapeuta y la tendencia a interpretar en exceso bajo el empuje de las tensiones y las sensaciones invasivas.

3. **Cambio de una actitud analítica por una actitud pedagógica paternalista.** A través de la transferencia, el niño

además de la activación de los propios sentimientos de los padres, que es lo que a menudo son, los analistas pueden dirigirse al niño de una manera paternal, prohibiendo acciones o dando instrucciones pedagógicas o aliviando a un niño de sus miedos, a menudo, más que tratando con él de entenderlos y elaborarlos.

4. **Evitar la transferencia.** Los terapeutas parecen casi evitar sentimientos de transferencia con los niños, probablemente por el prejuicio de que la transferencia con los niños no se dé, no se produzca, o quizá, por las propias reacciones contratransferenciales a lo primitivo, o a la intensidad y a la urgencia de los deseos infantiles.

5. **Contratransferencia.** Los deseos infantiles primitivos, intensos y no aplazables, pueden fácilmente inducir reacciones contratransferenciales. Existen terapeutas que se encuentran mejor en el rol de madre nutricia que en el del temido rol de madre que se come a los niños, rol al cual las fantasías inconscientes del niño y la situación transferencial del momento pueden llevar.

No hay duda de que el candidato terapeuta se encuentra frente a numerosas dificultades que están presentes en el análisis de los adultos: la seducción del niño, la intensa angustia y las manifestaciones primitivas de sus impulsos pueden inducir momentos de desconcentración, de desconcierto en el terapeuta infantil. Algunos de ellos se encuentran siendo seducidos o siendo maltratados. No todos los psicoterapeutas tienen la capacidad de trabajar con niños. Algunos piensan que tener experiencia clínica en psiquiatría infantil puede ayudar a este tipo de actividad.

El juego, en el trabajo terapéutico con los niños, presenta muchas dificultades y existen desacuerdos entre los

supervisores a propósito de algunos aspectos específicos, de la misma manera que existen divergencias sobre otros aspectos de la terapia, como la relación con los padres *durante* la terapia del niño.

Existe, sobre todo, el problema de entender en el contenido manifiesto del juego su significado escondido. A menudo se da el problema, para el terapeuta de su participación en el juego. Algunos terapeutas son inhibidos y se mantienen en una rigurosa posición de observadores más bien que de participantes en el juego. Otros tienen dificultad para seguir el camino del paciente y añaden de su propia cosecha, tomando excesivamente a su cargo el juego. Existe también la cuestión de la interpretación del juego del niño. Algunos terapeutas tienden a interpretaciones demasiado frecuentes o demasiado prematuras. El terapeuta infantil debería sentirse comprometido enfáticamente en el juego y, al mismo tiempo, continuar funcionando como analista. Deberá aprender a jugar con el niño y también a poder salirse fuera del juego.

El supervisor debe sostener al candidato que trabaja con niños más de lo que debe hacerlo con aquel que trabaja con adultos, porque muchos aspectos del análisis de niños son más complicados y las fronteras no son tan netas y definidas. Existen además más interferencias desde el exterior. Además, el terapeuta de niños deberá de comprometerse mucho más en el significado profundo de su pensamiento y de su juego que lo que debe hacerlo el terapeuta del adulto.

Los terapeutas tienden a ser paternalistas como consecuencia de la intensidad de los impulsos de los niños. Los terapeutas infantiles sienten más la necesidad de la ayuda y de la supervisión que cuando se trata de casos con adul-

tos. Pueden ser capaces de hacer un análisis adecuado de las defensas de los adultos y, en cambio, dejarse llevar por impulsos y dejar de lado sus incipientes defensas en el caso de niños. Puede ser necesario que el candidato aprenda lo oportuno que es intervenir y contener la actuación de un niño más que hablar de ello. Algunos consideran que siempre es equivocado interferir en las acciones del niño. La mayor parte de los psicoterapeutas americanos, sin embargo, no consideran oportuno permitir que el paciente se ponga a correr salvajemente fuera de la habitación de juego, en el apartamento del analista, y citan, como algo a evitar, el famoso caso del niño que ató juntos los zapatos de Ana Freud y que después se escapó de la habitación.

Se dan frecuentes peticiones al supervisor de psicoterapeutas infantiles de dar consejos. Muchos candidatos terapeutas, que tienen acabado un análisis desde hace poco tiempo, esperan del supervisor una especie de ayuda parecida a la que han tenido del propio analista. Se pueden dar situaciones contratransferenciales por parte de los supervisores en relación a estos candidatos, sentidos a veces como imperiosamente necesitados, que son a menudo muy investidos por los supervisores, entre otras cosas, porque hasta hace poco, no eran muchos.

La supervisión requiere, en definitiva, tener en cuenta aspectos del diagnóstico y considerar con el terapeuta la naturaleza más apropiada del encuadre para el niño particular del que se trata.

Winnicott añadiría que, tanto para el diagnóstico como para el encuadre, es importante tener en cuenta los elementos más significativos del proceso madurativo de cada niño, desde su concepción al nacimiento biológico hasta

alcanzar los distintos estadios de desarrollo. Con esta finalidad él dejaba por mucho tiempo y libremente asociar a los padres sobre cada uno de estos estadios en lo que podía ser la sesión preliminar (no obligatoria) con los padres, a menudo la única que habría tenido lugar durante el tratamiento del hijo. Sin embargo, a menudo en Paddington Green, el ambulatorio donde él trabajó más de cuarenta años, podía ver a un padre al mismo tiempo que veía a un niño: en general en la habitación de al lado, sin interferir sin embargo drásticamente cada vez que un niño pequeño llamaba ocasionalmente al padre o a la madre en su juego como viene descrito en el caso de Piggie. Como es sabido, Winnicott, sin embargo, dio mucha importancia, sobre todo en los últimos años, a la función que tiene el holding (contención), al encuadre (habitación, analista, etc.) y al dejarse usar del analista sobreviviendo a sus ataques; esto tiene para el niño quizá más importancia de la que tengan las interpretaciones en sí mismas. En analogía con lo que ocurre en el proceso natural del crecimiento, el holding terapéutico —compuesto por la espera, por la acogida, por las miradas y los tonos de voz, por los breves comentarios que tienden a subrayar la participación empática y el deseo de entender, la disponibilidad, etc.— son elementos esenciales para la formación del self; ese sentido del self a menudo tan precario y fragmentado, incluso inexistente, que tan frecuentemente encontramos como componente pregenital de la psicopatología de nuestros pequeños pacientes.

Querría terminar con dos de sus cartas, donde el tema de la supervisión a los psicoterapeutas no médicos viene específicamente tratado. Son dos cartas de mayo de 1954, un momento en el cual había sido planteado en muchas partes, en Inglaterra de modo especial, el problema de que la psicoterapia hecha por no médicos debería tener una adecuada supervisión.

Extraigo estas cartas de la selección de Rodman, aparecida en el mes de mayo del año pasado en la Harvard University Press, que son una verdadera contribución a la historia del psicoanálisis inglés, y no sólo del inglés.

39. A SIR DAVID HENDERSON

10 de mayo de 1954

Querido Señor David:

Me ha gustado mucho leer su conferencia, en uno de los recientes números del B.M.J.; pero hay dos puntos sobre los que querría comentar algo, y si usted está dispuesto a leer lo que escribo espero que podrá entender que la cosa más importante que tengo en la mente es que su conferencia ha sido de un alto nivel, como es normalmente todo lo que proviene de usted, y que tiene valor por su gran experiencia y por su importante posición.

Una cuestión por la cual he sentido la necesidad de escribirle es la cuestión del psicoterapeuta no médico. Reconozco que el hecho de que haya una gran petición de psicoterapia no debería conducir a situaciones de emergencia como la de los psicoterapeutas formados a medias. Nosotros somos contrarios siempre a esto en el Instituto de Psicoanálisis donde se nos pide hacer cursos abreviados o impartir lecciones de psicoterapia sin insistir en la formación personal. Como usted probablemente sabe, la praxis del Instituto es resistirse a este tipo de presiones. Sin embargo, querría sugerir que en la profesión médica la que ha dejado pasar una ocasión muy importante, por lo que respecta a la psicoterapia. Ahora es demasiado tarde

para adoptar el criterio de que sólo los médicos, hombres y mujeres, se formen (como psicoterapeutas. N.D.T.). Creo que usted podrá estar de acuerdo conmigo en que los psiquiatras han sido si acaso los más resistentes a la idea de la psicoterapia de lo que lo hayan sido otros médicos, y en una forma o en otra somos todos responsables de la situación actual.

Me gustaría preguntarme si usted sería capaz si se presentara la ocasión de sostener la idea de un psicoanalista no médico adecuadamente formado, que está absolutamente capacitado no para asumir responsabilidades médicas, sino para tratar sólo pacientes seguidos por un médico y, si es posible, por un psiquiatra.

No es sólo en el campo de la psicoterapia infantil, donde algún desarrollo de este tipo es inevitable, porque hay pocos médicos que están dispuestos a someterse a una formación que continúe después de la ya larga formación médica, sino que afecta también a la psicoterapia de los adultos: muchos adultos que llegan al análisis pueden ser derivados a un analista no médico por el hecho de que ellos no presentan importantes conflictos psíquicos. De hecho un psicoanalista cualificado desde el punto de vista médico no ve con buenos ojos tener que tratar con hospitales psiquiátricos y con los aspectos médicos especializados en la fase más escabrosa del análisis, y en tales fases busca la colaboración de un colega, de la misma manera que tiene necesidad de buscarla un analista no médico.

Yo sé que la discusión de este tema tiene muchos aspectos diferentes pero me gustaría pensar que usted, en su importante posición, ha considerado el problema de esta manera. Usted sabe bien que yo le escribo de manera

totalmente personal y no desde la posición oficial de miembro del Instituto de Psicoanálisis.

La otra cuestión es similar a la primera, tiene que ver con su referencia a la Psiquiatría Infantil y a la Pediatría. Aquí tengo la impresión que usted habría podido nombrarme cuando ha nombrado a Leo Kanner. No es que yo esté interesado en poner mi nombre en la lista, se lo aseguro (y estoy seguro que usted querrá creerme, de otra manera no plantearía este punto). Pero no veo por qué se deba ir a América a por algo que existe en nuestro país. Creo que usted sabe que soy un pediatra y que represento en nuestro país el puente que une la pediatría con el psicoanálisis. Hay otros, como Mildred Creak y Kenneth Cameron en el Maudsley que contribuyen igualmente a lo mismo que ha hecho Kanner, aunque sea de manera menos espectacular, pero ellos no han profundizado en la pediatría como lo he hecho yo. Estoy muy orgulloso de esta cuestión y estoy muy de acuerdo con usted cuando deplora la extrema resistencia de la pediatría a dar espacio a la psiquiatría infantil y a reconocer cómo la mitad de la pediatría es psiquiatría infantil. A los docentes de pediatría se les llama profesores de salud infantil, y esto crea gran confusión porque ni uno de ellos, ni siquiera mi amigo R. W. B. Ellis, que es de su misma ciudad, sabe verdaderamente qué es el psicoanálisis. Querría añadir que lo que usted dice sobre la pediatría y la psiquiatría infantil se podría decir también de la ginecología, en la medida en que el ginecólogo y la enfermera de la maternidad son responsables de la iniciación de la succión del seno. Recientemente existe más amistad entre la pediatría y la psiquiatría infantil, pero esta amistad no va muy a la profundidad; en cuanto a la comprensión, nosotros siempre hemos estado en contra de la resistencia que ellos tienen a dar al psicoanálisis el puesto que se merece, en la medida en que es lo mismo que lo que la fisiología y la anatomía son con la medicina física.

De este segundo grupo de observaciones usted verá cómo yo estoy muy contento de lo que usted ha dicho y querría informarle sobre el hecho de que un gran esfuerzo se está haciendo actualmente en el intento de llegar a una mejor relación. Va a haber un interesante congreso en septiembre en Estocolmo sobre este tema, promovido por la Organización Mundial de la Salud, y ha tenido ya lugar en Ginebra hace un año una conferencia preliminar.

Al terminar esta carta no estoy muy seguro de mi finalidad, pero sé que deseo asociarme al tono general de las observaciones que usted ha hecho en su interesante conferencia.

Le saluda afectuosamente

D. W. Winnicott

42. A SIR DAVID HENDERSON

Querido Profesor Henderson:

Le agradezco enormemente haber contestado a mi carta con tanto detalle, la naturaleza de su respuesta parece permitirme poderle escribir de nuevo.

No estamos de acuerdo en dos argumentos, y lo primero de todo querría decir aún algo sobre la psicoterapia hecha por los no médicos. A pesar mío, estoy de acuerdo con la mayor parte de lo que usted ha escrito. Pero considero que si ciertamente no es posible controlar los aná-

lisis hechos por analistas no médicos, o por cualquier otro analista, puede ser que sea siempre más fácil controlar el tipo de casos que son enviados al analista no médico. El diagnóstico es extremadamente difícil cuando se trata de cuestiones mentales, no tengo necesidad de decírselo precisamente a usted, y muchos pacientes agudos no están tan en peligro, mientras que pacientes que parecen menos enfermos pueden tener poderosas organizaciones defensivas y pueden en el análisis configurarse como profundamente enfermos. Habrá siempre errores y se deberá tolerar el hecho de que los analistas no médicos tendrán mucha necesidad de la ayuda del psiquiatra en ciertos momentos y a veces deberán pasar un caso al psiquiatra porque no pueden seguir adelante. El fracaso es sin embargo tan común en todo intento de tratar a un enfermo mental que se deberían valorar los fracasos en relación a los éxitos. Pongamos que los analistas no médicos no tengan aún a su favor éxitos; sin embargo, tiendo a sostener la formación en la idea de usarlos en casos atentamente seleccionados, o también en el trabajo institucional, donde la responsabilidad del caso singular se comparte con muchas personas. Si nos imaginamos el problema como será dentro de veinte años, nos parecerá un lujo que todas las psicoterapias sean hechas por psiquiatras, con su larga formación, y no habrá nunca psiquiatras suficientes para ocuparse ni siquiera de una décima parte de los casos más agudos, o de una milésima parte de los casos menos agudos.

Pero además encuentro que algunos de los fracasos de los cuales la gente hace responsables a los psicoanalistas, son ciertamente fracasos de personas que no han tenido una formación psicoanalítica, y desde mi punto de vista esto constituye una diferencia enorme. No modifica el hecho, sin embargo, de que los fracasos en psicoterapia se pongan en la cuenta de los psicoanalistas en su conjunto, independientemente de cómo han sido formados.

En lo que me encuentro completamente de acuerdo con usted es en el punto en el cual describe su aversión por el analista que ignora completamente los hechos ambientales. Yo personalmente no pertenezco a esta especie y no puedo entender esta actitud, sino es por el hecho de que mientras el psicoanálisis aprende el oficio se debe concentrar sobre algo. Sin duda los analistas han sentido tener bastantes elementos en la mano para tratar con el paciente y esto es a menudo suficiente si el paciente no es de los que se encuentran en los hospitales psiquiátricos. En la última década se ha trabajado mucho por parte de los analistas en la idea de que el ambiente es muy importante en el análisis de los casos borderline, y creo que es una cuestión de tiempo (tiempo que deberá transcurrir) para que el psicoanálisis en su conjunto se preocupe por la gestión en el plano de la realidad de este asunto, sin abandonar los principios de base de la técnica psicoanalítica.

En cuanto a mi trabajo, yo siempre lo he desarrollado en el sentido de tomar en consideración también la situación de realidad; cosa que naturalmente no se puede evitar en psiquiatría infantil, ya que trabajando con niños se trabaja con la población entera, y por tanto, con el potencial caso de hospital psiquiátrico, junto con los neuróticos y el paciente que podría convertirse en un caso psicoanalítico. Yo soy de los que, como otros médicos, puede decir que ha tenido veinte mil casos personales, y me refiero a esto para mostrar que obviamente muchas cosas me han favorecido independientemente de que yo sea un analista. Sin embargo, lo que es más importante es que en el análisis de los casos borderline yo he sido capaz de aportar mis pequeñas contribuciones al camino de los nuevos desarrollos, mientras que la cura del ambiente entero interfiere con el trabajo analítico.

Querría también hacer una referencia a la segunda parte, y es que me siento un poco molesto de haber dirigido mis críticas en esa dirección en forma de pregunta sobre por qué no tenga que ser mencionado mi nombre. Sin embargo, considero que una buena parte del trabajo de Leo Kanner se ha vuelto importante por la organización que existe en el país donde él trabaja. Yo encontraría muy difícil descubrir un solo punto en el que Kanner haya contribuido a nuestro conocimiento del desarrollo emocional del niño y del adulto. El trabajo más importante en el campo del desarrollo emocional del niño ha sido hecho en ese país y se hace también aquí. Lo que se hace en América es gran parte un derivado del trabajo que se ha organizado en torno al nombre de Ana Freud, y desde mi punto de vista los mayores desarrollos han sido en psicoanálisis, que es la fisiología y la anatomía de la psiquiatría, o quizá, de la psicoterapia. Se han hecho progresos muy considerables tanto en el plano teórico como en el plano práctico en Londres. Mildred Creak y Kenneth Cameron no son analistas pero han contribuido a su manera naturalmente, dados sus contactos con Kanner, al desarrollo de la psiquiatría infantil.

Hay otro punto que yo querría añadir. A propósito de las camas para psiquiatría infantil, yo nunca he creído que éstas deban estar en un tipo de hospital. El mismo Cameron, en el Maudsley, ha modificado la praxis hospitalaria en el sentido de formar pequeños grupos tipo albergue. Es muy poco satisfactorio tener casos de psiquiatría infantil en cualquier tipo de institución. Por otro lado, sin embargo, todos nosotros hacemos un uso muy grande de pequeños grupos, mientras los niños antisociales y psicóticos pueden ser seguidos en pequeñas unidades familiares. Hemos aprendido mucho sobre estas cuestiones durante la guerra, y yo he escrito un trabajo al final de la guerra haciendo notar que los albergues, que habían sido usados para los niños evacuados, han sido muy importan-

tes para los psiquiatras infantiles que habían podido usarlos para el tratamiento, a veces con éxito en varios tipos de psicosis infantiles. Además la gran mayoría de fases psicóticas en los niños se atienden en la misma familia del niño y no es necesario que se atiendan de ninguna otra manera.