CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

M. SOULÉ y B. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido»

M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas»

M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención»

L. F. CABALEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil»

Comunicaciones libres

J. PERTEJO: Recesión

N.° 6 1988

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

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
M:.ª del Valle Martín (Madrid)

Vícese♦retarfo:
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 Femández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
I. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscri,pciones:
Marian Fernández Galindo
Pirineos, 21
28040 Madrid

El siguiente texto recoge la presentación de un vídeo y su posterior discusión, dentro de las sesiones del 111Congreso de SEPVPINJA.

El vídeo muestra una serie de entrevistas realizadas por el profesor MICHEL SOULÉ con una mujer que ha sufrido la experiencia de la muerte súbita de un hijo. El resumen del vídeo ha sido escrito por el propio profesor Soulé.

El aspecto teórico que sigue, así como la discusión en el Congreso, se deben al profesor BERNARD GOLSE.

Hemos publicado el texto íntegro de su alocución, tal cual la leyó en el Congreso, para mantener el aspecto, más vivo, de un texto para leer y no para ser transmitido por escrito.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

ASPECTOS PSICO-DINAMICOS DE LA MUERTE SUBITA (INOPINADA) DEL RECIEN -NACIDO (MSRN)

Por M. SOULE * y B. GOLSE **

Antes que nada debo dar las gracias a los Organizadores de este congreso tan fecundo de la oportunidad que me ha sido ofrecida a esta contribución francesa, sobre la MSRN.

También debo pedirles que me excusen por no ser más que yo mismo. En efecto, inicialmente era el profesor Michel Soulé quien debía venir a presentarle su trabajo, pero, lamentablemente, no ha podido hacerlo y es por ello, por lo que me ha encargado de varias misiones cerca de ustedes:

- Primero, la de transmtirles su profundo pesar por no poder estar hoy entre ustedes, con la ocasión de este congreso que le interesaba vivamente y del que se alegraba mucho.

— De decirles después toda la importancia que él atribuye a este documento audiovisual que vamos a ver jun-

* Profesor de Psiquiatría Infantil (Universidad París V).

** Psiquiatra de Hospitales. Unidad de Psiquiatría Infantil. UPI. Hospital San Vicent de Paúl (París).

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tos y que le parece ejemplar desde múltiples puntos de vista.

El ha trabajado mucho sobre este documento en pre visión de su presentación aquí.

- También de representarle frente a ustedes, lo que bien seguro es una responsabilidad teniendo en cuenta la competencia, la notoriedad y la personalidad de Michel Soulé, que todo el mundo conoce, lo que no me cabe duda.

Sin que yo tenga ninguna ambición de poder paliar su ausencia, al menos Michel Soulé me ha hecho el honor de pensar que YO podría representarle aquí, en la medida en que yo dirijo un servicio de psiquiatría infantil y un hos pital de día para niños pequeños autistas y psicóticos, ambos funcionalmente asimilados a su intersector, y por• que yo comparto con él la responsabilidad de la enseñanza de la psiquiatría infantil en una de las facultades de París.

Le doy las gracias por ello, y trataré de cumplir lo me* jor posible la función que me ha sido confiada hoy. Les propongo por tanto visionar primero la banda real izada por Michel Soulé. Después diré algunas palabras sobre nuestras concepciones sobre la MSRN, notas puntuales que introducirán también la discusión de conjunto.

PRESENTACION DE UN DOCUMENTO CUNICO REGISTRADO EN VIDEO

Está constituido por la sucesión de varias consultas registradas íntegramente en toda su extensión. Es una pareja que se expresa en diferentes etapas de su vida.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

a) Después de la muerte de un hijo por muerte súbita a la edad de tres meses.

Esta primera consulta se sitúa cuando la madre está embarazada del hijo siguiente, muy poco tiempo después de la muerte de Thomas. Ella está inquieta por saber si debe someterse a una monitorización.

Con ocasión de esta consulta, el padre y la madre vuelven a recordar todo lo que han vivido: pesar. dolor, dificultad para hacer un duelo. Dudas respecto a si tener o no otro hijo.

b) La consulta siguiente recuerda las dificultades sobrevenidas durante los primeros meses de Use, que sufre trastornos funcionales: trastornos del sueño fobias al adormecimiento, dificultades alimenticias.

Se descubre que la relación entre Use y su madre es muy particular. En una relación muy simbiótica, la madre vive una angustia muy profunda, temiendo muchas dificultades para Use. Ella misma no se decide a decirle a su hija la verdad sobre la vida y la muerte de su hermano mayor Thomas.

Utiliza incluso ciertos procesos que mantienen la confusión.

e) En el curso de las consultas siguientes, los padres

van a completar la observación abordando, por ejemplo, los siguientes temas:

- inquietud sobre el porvenir de Lise.

- Dificultad para decirle la verdad.

- Relación muy deteriorada entre la madre y su propia madre.

- Historia de la familia con desgracias que afectan a los niños en cada generación. La última de esta serie de desgracias sería la muerte de Thomas.

Durante todas estas consultas, los padres dan prueba de una gran sinceridad, de franqueza, y testimonian una elaboración personal. Ellos abordan la mayor parte de los problemas que se plantean tras la muerte de un hijo muy joven y también las dificultades que pueden tener en las relaciones con el niño siguiente (confusión, dificultad para reconocer su identidad, su autonomía).

Desde este punto de vista, el auditorio asiste al abordaje y a la exposición de todos los problemas que plantea la muerte de un hijo muy pequeño.

El médico (Prof. Michel Soulé) interviene poco y únicamente solicita cada nueva entrevista. Sin embargo, como clínico que conoce bien los problemas en cuestión y no, temeroso encontrarse con todos los intensos afectos que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

suscita la muerte súbita de un bebé, permite que sean abordados la mayor parte de los temas de inquietud y consecuentemente, hacer evolucionar a los padres.

Estos van a reencontrar un funcionar11iento normal con Lise, con la vida y quizá con un nuevo hijo.

REFLEXIONES SOBRE LOS ASPECTOS PSICO-DINAMICOS DE LA MSRN

La MSRN es una modalidad de muerte reconocida y reportada desde hace siglos, pero que sin embargo ha tomado toda su importancia en el curso de los treinta últimos años, en razón de la disminución de la mortalidad infantil. En los países desarrollados es actualmente la manera de morir, parece, la más frecuente entre el primer mes y el primer año.

La epidemiología de la MSRN permanece todavía imprecisa, pero normalmente se estima que se dan entre uno y tres casos por mil recién nacidos vivos.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en reconocer a la MSRN un origen multifactorial, pero es importante mantener la idea de que las hipótesis patogénicas más en boga en un momento dado son, sobre todo, reflejo de las preocupaciones de la(s) disciplina(s) médica(s) que promueven las investigaciones en este terreno en la época en cuestión.

Mi propósito no es el de evocar ante ustedes los as-

pectos pediátricos de la MSRN, sino solamente los aspee tos psicológicos y psicopatológicos de este fenómeno.

Lo haré brevemente a la luz de los trabajos que han sido realizados sobre este tema por el equipo reunido alrededor de M. Soulé, desde hace varios años, en el Ins tituto de Puericultura de París. Se trata de un equipo pluridisciplinario, punto este que nos parece esencial.

los aspectos psicodinámicos de la MSRN se organizan según tres ejes principales:

A) El lugar de la psicogénesis en el determinismo de este accidente.

B) Las implicaciones psicológicas de este traumatismo, sobre el grupo familiar (padres y fratria) en el momento de la MSRN y su curso inmediatamente posterior.

C) la repercusión, en fin, de la MSRN sobre el investimiento del embarazo siguiente y sobre el desarrollo del eventual hijo.

A) ¿EXISTE UNA PSICOGENESIS DE LA MSRN?

1. Ustedes saben que con el desarrollo de la psiquiatría del lactante, ciertos autores han querido ver en la MSHN, un verdadero equivalente suicida.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Esta idea, sin duda tiene motivos para chocar por su connotación de decisión deliberada y de lucidez existencial, poco probable a esta edad.

2. Es aquí donde sería preciso discutir también el concepto de **«madre mortífera»** del que se ha hecho tan mal uso.

   Probablemente existe todo un continuum que va desde las servicias y los malos tratos patentes hasta las intenciones de descuido inconscientes (H. STORK) pasando por la simple inconsecuencia parental pero, en todos los casos, nos parece que el término de mortífero no puede ni debe nunca tomarse en una aceptación primaria.

   No es posible el amor sin ambivalencia y establecer un lazo directo de causa-efecto entre la MSRN y la agresividad materna más o menos inconsciente, constituye lo más a menudo una reconstrucción a posteriori (aprés coup) ligada a la culpabilidad parental misma o a una elaboración teórica simplificadora y abusiva. Unicamente son de consideración los defectos de contra-investimiento del sadismo parental normal, sadismo inconsciente que puede encontrarse dramáticamente actualizado por la MSRN, sin que, sin embargo, pueda ser incriminado como un determinante directo de este incidente, salvo quizá excepciones.

3. Por nuestra parte, consideramos más la MSRN, como **el fracaso de una reacción de alarma del lactante,** fracaso psicosomático que tiene en la MSRN, la vía final común a todos los stress del

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

desarrollo que pueden ser enormemente diversos y complejos.

Estos stress pueden tener un origen somático y se sabe que cualquier afección pediátrica puede aparecer bajo formas fulgurantes que serán descubiertas en la autopsia (reflujo gastro-esofágico, enfermedades infecciosas...).

Pero estos stress también pueden, probablemente, ser de origen psíquico o mixto, es decir, somato-psíquico.

En la perspectiva de los stress psíquicos, nosotros concedemos una gran importancia a las **discontinuidades interactivas** de las cuales los autores como M. FAIN, L. KREISLER y M. SOULÉ mismo, han mostrado la posibilidad de repercusiones psicosomáticas gravísimas, a través de una perturbación de la espiral transaccional.

En efecto, incluso en casos de afección pediátrica, el momento de la MSRN no es, sin duda, debido al azar y se encuentra muy frecuentemente la noción de ruptura(s) interactiva(s) en la(s) hora(s) precedente(s).

Recordemos, sin embargo, que no hay sociedad alguna en la cual el niño no se vea confontado más que a una sola mujer, es decir, a un único estilo interactivo.

MARGARET MEAD ya insistió sobre este punto.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

No solamente como lo dice D. W. VINNICOTT, «un lactante, eso no existe», pues está siempre su madre, pero también hay otra **mujer** u otra instancia.

El problema de nuestras sociedades occidentales es que estas discontinuidades y estas variaciones interactivas, se organizan en franjas horarias sucesivas (casa, guardería, nodriza, abuelos...), lo que le plantea al bebé un cierto número de dificultades bien objetivadas por la observación directa de lactantes confrontados a estilos interactivos eventualmente contradictorios.

Estas dificultades pueden ser en ellas mismas insuperables o bien hacer insuperable un acontecimiento pediátrico intercurrente. Las posibilidades de adaptación del bebé se ven entonces desbordadas, desembocando quizá en una **sideración psicosomática** responsable de la MSRN. Dicho de otro modo —y esto en la óptica de P. Marty— la MSRN nos ofrecería el ejemplo de una ruptura del equilibrio entre los dos grupos de instintos fundamentales, a saber, el instinto de vida y el instinto de muerte. Lo más a menudo, el recién nacido, ayudado por su madre, «opta por la vida», pero si tal es el caso más frecuente, esta «elección» no debe, sin embargo, parecernos fácil y evidente, pues es el resultado de un equilibrio que muchas veces resulta conflictivo.

Simplemente con que la madre está deprimida, ausente, o imprevisible, por ejemplo, que las interacciones precoces sean discontinuas —y esto no agota la lista de las situaciones patógenas—

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

entonces el potencial energético de los instintos de muerte del bebé puede tomar la delantera de una manera duradera a través de tal o cual desorganización psicosomática, o quizá a través de la aparición de una MSRN.

Desde un punto de vista teórico, podemos referirnos aquí a W. BION que nos muestra como la «rêverie» materna y la función alfa de la madre, le permiten acoger las proyecciones de su hijo antes de devolvérselas de una manera desintoxicada. Un fracaso en este circuito puede también mostrarse muy dañino para el niño, y sobre todo a propósito de las señales emitidas en el terreno del dolor.

Esta es, en todo caso, nuestra perspectiva, que deja muy abierta la discusión (a la luz de los trabajos modernos sobre las competencias del bebé y sobre las interaciones precoces) y que relativiza el concepto, en verdad bien precario, de una inmadurez neurofisiológica transitoria al nivel de los núcleos grises centrales neurovegetativos.

Nosotros preferimos con M. SOULÉ razonar en términos de **desobjetalización masiva,** mecanismo que A. GREEN imputa a las pulsiones de muerte, invocando por ejemplo, en el caso de la MSRN, una falla del sistema para-excitación, como parecen indicar ciertas relaciones clínicas y psicodinámicas entre angustia, espasmo de llanto y apnea. Esto remite de nuevo, bien entendido, al narcisismo de muerte tal como lo ha conceptualizado A. GREEN siempre —tanto del lado de la madre

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

como del lado del hijo— (instauración de las bases narcisistas del bebé).

B) IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL TRAUMATISMO

Es un mejor conocimiento de estas implicaciones lo que permite una eficacia creciente en la ayuda, lo antes posible, a la familias.

I. Digamos, de entrada que la MSRN constituye para los padres un **situación de traumatismo máximo.**

1. Incluso sin abordar la cuestión de la culpabilidad edípica de los padres, en cuanto a la vida y la muerte de su hijo, se trata, en efecto, para ellos de un acontecimiento brutal, inopinado, sin ningún elemento anunciador en la mayor parte de los casos y que les llega en un estado de no preparación absoluto.

2. Por otra parte, puesto que sobreviene en los primeros meses de la vida del niño, a menudo tiene lugar en un momento en que el niño real se aproxima por fin un poco al niño imaginario, pacientemente forjado en el psiquismo de los padres a lo largo de su vida y del embarazo. Y ahora, es preciso hacer el duelo brutal de un objeto fuertemente idealizado.

3. Esta MSRN sobreviene también muy a menudo en la época en que la madre está reinvistiendo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

su vida sexual (movimiento que ha sido descrito con el término de «censura del amante») y este rearme de sus investimientos puede ser dramáticamente culpabilizado por la MSRN.

4. La edad tan precoz del bebé no permite, por otra parte, a los padres una identificación fácil con el objeto perdido, como es el caso en el trabajo de duelo habitual.

5. La MSRN es, en fin, a priori, un accidente absurdo, desprovisto de explicación y de significación inmediata, lo que hace la metabolización psíquica particularmente difícil, pues los padres no tienen palabras ni representaciones para establecer sobre el acontecimiento.

Por todas estas razones la MRSN es la fuente de un **terror absoluto** que representa ciertamente la imagen del traumatismo para los padres.

Pero quien dice traumatismo psíquico dice aprés-coup y ¿de qué aprés-coup puede tratarse aquí?

Este es el interés de una investigación y de una escucha psicodinámica profundas que serán lo único que permitirá reencontrar la singularidad de cada historia y ayudar a la elaboración progresiva de un acontecimiento como éste, que de otro modo sería imposible de integrar.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

II. ¿De qué significaciones inconscientes puede ser portadora la MSRN?

1. Igual que en ocasión de cualquier muerte de niño, la MSRN da lugar a una verdadera castración parental.

   — La madre se ve castrada súbitamente de su hijo y de la significación fálica que tiene para ella.

   — El padre se resiente **dobiemente** castrado, en razón de lo que él vive como un **doble fracaso** en su función de protección de su mujer y de protección de su hijo.

2. Pero la MSRN introduce una cuestión particular, que priva a la madre de su estatuto de objeto primordial ideal para el hijo. En efecto, en la vivencia de la madre, el niño que muere tan pronto, de alguna manera se refusiona, con la muerte y no con ella, su madre, como en la mónada inicial. La muerte se hace así la rival de la madre en tanto que «Das Ding» (la cosa primaria) y para la madre esto constituye una expoliación suprema que actúa como una herida narcisista insondable, que viene a redoblar la castración objetal evocada más arriba.

III. Herida narcisista o castración objetal, los padres viven en cualquiera de los dos casos **una angustia de separación mayor en relación con el hijo.**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

En efecto, el niño sirve de soporte, de lugar de proyección, para diversas representaciones parentales.

Su desaparición posterior deja un vacío brutal, extremadamente angustiante y, en Francia, A. GREEN ha mostrado muy certeramente que esta angustia no se debía únicamente a los afectos que quedan flotantes por la pérdida de objeto (Cf. S. FREUD en: «inhibición, síntoma y angustia» 1929) sino que estaba también ligada a la excitación de la búsqueda pulsional.

De alguna manera, el sistema pulsional parental se autoexcita en vacío en la ausencia del objeto-niño, para llamar a este objeto, para suscitarlo y quizá puede, en estas circunstancias, infiltrar ciertos mecanismos de duelo patológico.

En efecto, la pérdida de objeto desestabiliza el sistema de representaciones correspondientes (representaciones de cosas y representaciones de palabras) y por esta razón la delegación que opera las mociones pulsionales sobre los representantes psíquicos se ve gravemente perturbada.

Esto puede conducir a ciertos padres a buscar fantasmáticamente al hijo perdido allí donde ellos saben que no está, como para representárselo mejor, confrontándose a su ausencia.

Hay, sin duda, un riesgo innegable de bloqueo del proceso de duelo a causa de un enrarecimiento del trabajo del negativo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

IV. Añadamos, en fin, que la muerte, en general —y la MSRN en particular— comportan un **dimensión enigmática,** en el sentido amplio del término.

En Francia, es sobre todo J. LAPLANCHE quien ha trabajado el concepto de «significante enigmático», mezcla de desconocido, extraño y sexual.

Son estos significantes enigmáticos los que estarían en la base de la situación de seducción originaria en el curso del desarrollo precoz del niños frente a los mensajes maternos y suscitarían el proceso de represión primaria.

Pero, quizás, la situación se invierte en el caso de la MSRN.

En efecto, son los padres quienes se vuelven a encontrar en la posición de terror —fascinación— seducción a ese lactante enigmático que muere, llevándose sus secretos a la tumba, y sobre todo el secreto del porqué de su muerte.

Frente a este lactante precozmente iniciado en el más allá, evoquemos el **«sueño del lactante sabio»** de S. Ferenczi que nos indica a qué sentimientos de dependencia, de «Hilflosigkeit», estos sueños pueden reenviar por la vía de una inversión de términos manifiesta.

Frente a la MSRN, enigma absoluto que hace de su hijo un **lactante sabio** frente a ellos, nos parece

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

que los padres reviven tal situación de desamparo y de pasividad que les refiere a su Hilflosigkeit inicial personal. Pero aquí, ninguna represión del accidente parece posible, puesto que la muerte es vista y constatada, marcada indeleblemente en la mirada de los dos padres, lo que confiere al momento del descubrimiento del lactante muerto, una importancia capital.

V. Al final de estas anotaciones sobre el impacto psicológico del traumatismo y sin ningún deseo de clausurar la reflexión, insistamos, sin embargo, en la importancia de **la autopsia** que nos parece debe debe ser sistemática, aunque sólo fuera por su efecto extraordinariamente desculpabilizante cuando revela una causa orgánica plausible, incluso aunque sea parcial.

Pero, sobre todo, la autopsia va a reinyectar aquello que es representable en esta situación en la que, como hemos visto, es precisamente lo irrepresentable en sus diversos niveles lo que hace el agujero, lo que hace el shock.

C) SIGUIENTE EMBARAZO Y SIGUIENTE HIJO.

El documento audiovisual que acabamos de ver es elocuente sobre esta cuestión. Digamos algo sobre el problema de la monitorización del niño siguiente que, en cierto número de casos, nace justamente un año después de la muerte del niño afectado por la MSRN

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

(nueve meses de embarazo, después de dos o tres meses de shock psíquico).

Esta especie de nacimiento-aniversario muestra bien claramente la función de «sustitución» o de «reemplazo» que el niño siguiente puede constituir en la dinámica parental. Sin embargo, dejaremos de lado este punto que ya ha dado lugar a numerosos trabajos que insisten todos ellos sobre la dificultad que ha de asumir un niño cuando está preso en una interacción fantasmática que le exige simbolizar la vida, celebrando al mismo tiempo la muerte.

Volviendo al problema de la monitorización a domicilio del niño siguiente, digamos solamente que en este momento, se practica cada vez menos en Francia, aunque aún sea recomendado por ciertos pedíatras y reclamado por numerosas familias.

Es reflejo y activador al mismo tiempo de la angustia de los padres, y muy a menudo provee de una ilusión de seguridad cuyo fracaso puede ser dramático pero que, incluso si no fracasa, corre el riesgo de interferirgravemente sobre la calidad de las interacciones precoces (temor a una avería súbita del monitor, como desplazamiento sobre el aparato de la angustia de una MSRN).

Estas son las señalizaciones que deseamos hacer. Por supuesto que no agotan el tema de la MSRN pero —juntamente con el documento visionado— nos parece que a partir de ahora podemos introducir de una manera útil una discusión general.

* * *

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

P.: **Aurora Angulo,** Barcelona. «Lo que más me ha llamado la atención en la emocionante exposición de este caso es **el tipo de intervención,** en el sentido de que ha sido **como un acompañamiento,** digamos, a esta persona, que ha ayudado al desbloqueo del duelo, sin ni siquiera una interpretación de parte del Dr. Soulé.

Yo querría que el Dr. Golse aclarara un poco más el tipo de movimiento psíquico que se ha generado con este tipo de intervención».

R.: El documento en vídeo que se ha visto es la filmación de una serie de lo que nosotros llamamos **consultas terapéuticas**..., yo no sé si este término se utiliza también aquí. Estas consultas terapéuticas cuyos resultados son en ocasiones, cuando funcionan, espectaculares y emocionantes, naturalmente no son posibles en todos los casos.

En este caso, las tres o cuatro consultas terapéuticas que han tenido lugar, me parece que han sido posibles y eficaces, en razón de **dos elementos esenciales,** que ya han sido subrayados por Palacio, en Suiza, en sus estudios sobre la consulta terapéutica.

Primero.—La existencia de una **pre-transferencia positiva** en la madre. Esta pre-transferencia positiva se percibe al final del vídeo cuando ella explica que, de cierta manera, Michel Soulé le ha hecho pensar de pronto en una de sus amigas a quien ella no se lo había contado todo, pero ella, esta amiga, lo sabía, que no se lo había contado todo.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Es decir que su amiga estaba en la posición del «sujeto supuesto saber», papel que ella había desplazado de golpe sobre Michel Soulé, sin duda desde la primera entrevista.

Segundo.—El segundo elemento que en este caso determina la eficacia de la intervención terapéutica es que el síntoma que presenta la niña viva, Lise, se inscribe en una **problemática,** para decirlo rápidamente, **neurótica** de la madre, su proyección de nivel demasiado arcaico sobre Lise.

Estas dos condiciones, Pre-transferencia positiva e inserción de los síntomas del niño por el que se consulta, en un nivel neurótico de organización de las interacciones, son esenciales para la eficacia de las consultas de este tipo.

El punto que yo quiero añadir, refiriéndome a su pregunta, puesto que Vd. justamente ha puesto el acento sobre el hecho de que Michel Soulé se limitaba a «acompañar» a la reflexión de la madre, sin intervenciones ni interpretaciones en sentido estricto (aunque en ciertos momentos, como en cualquier intervención, se da un valor de interpretación, ya sea en el silencio o en la aquiescencia discreta), es que lo esencial del efecto terapéutico de este tipo de intervenciones, de estas consultas, me parece ligado al hecho de que la madre, como ella bien dice al final del vídeo, «por una vez ha podido decírselo todo —son sus propias palabras— a una sola persona», es decir ha experimentado por ella misma la toma de conciencia de las relaciones entre diferentes cosas, entre diferentes sectores de reflexión que, hasta

entonces, ella mantenía aislados y encerrados. Esta adquisición de los lazos, esta puesta en relación de todo el conjunto, permite tener a Michel Soulé, en estas tres o cuatro entrevistas que ha mantenido, **una función de continente** que, naturalmente, en una perspectiva más profunda, llevaría a la madre a la propia estructura encuadrante de la imago materna.

P.: **Manuel Pérez Sánchez,** Barcelona. «En primer lugar, quiero que el Dr. Golse transmita mi más cálida felicitación al Dr. Soulé por este excelente film.

A mí me parece que, retomando las palabras del Dr. Golse, efectivamente el Dr. Soulé ha sido continente de esta paciente. Mi comunicación de ayer intentaba transmitirles a Vds. que con la observación de bebés lo que yo pretendía no es tanto animarles a que Vds. practiquen la observación de bebés como transmitirles una actitud que queda perfectamente reflejada en el trabajo del Dr. Soulé en este film. De modo que el film es un ejemplo de lo que yo quería transmitirles ayer.

Pero me gustaría decirlo de otra forma: en el film yo he visto «tres personajes a la búsqueda de un autor».

Y estos tres personajes, de alguna forma, encuentran el autor en el Prof. Soulé. ¿De qué manera? Yo creo que esto tenía un argumento: parece que la madre no puede dormir porque no puede soñar, e igualmente, la hija no puede dormir porque no puede soñar.

Y ellas están buscando una historia, reconstruir esa historia. ¿Y cómo se reconstruye esa historia? Yo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

pienso que se reconstruye, y eso queda muy bien plasmado en el film, a través de la **unidad originaria.**

Es impresionante de qué manera hay toda una historia antigua en los padres, de qué manera la madre va buscando esa reconstrucción y no encuentra ayuda en los médicos —y esto me parece muy importante—, porque los médicos intentan darle inmediatamente la solución: «Vd. tiene que tener un hijo».

El Dr. Soulé es atento, flexible y permite que la paciente piense. Yo creo que esto está muy bien plasmado en el film cuando la paciente va de vacaciones y pide a su marido que tenga un papel activo en esa función y pide que la niña participe de ese funcionamiento. Es un ejemplo fantástico y le estoy muy agradecido al Dr. Soulé, de que me permita con sus imágenes expresar lo que es la unidad originaria: la madre pide al padre que se haga responsable y que explique a la hija lo que es el funcionamiento de esa unidad originaria.

Hay una cuestión técnica y es la siguiente: Yo me he sentido incómodo en la primera parte del film, porque he visto una cantidad de papeles entre el paciente y el terapeuta. A pesar de todo, la paciente se ha comunicado excelentemente con el Dr. Soulé.

Eso ha desaparecido en las sucesivas entrevistas y yo creo que han ganado en riqueza, en vigor y en comunicación. La pregunta es: ¿es que en este tipo de entrevistas Vds. utilizan algún cuestionario o la entrevista es más abierta, más libre?».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

R.: Estaré encantado de transmitirle al Dr. Soulé su agradecimiento. En cuanto a su pregunta sobre la cuestión técnica, le responderé al final, ahora sólo permítame una ironía: **para un observador es muy molesto estar incómodo cuando se encuentra observando.**

Ahora quiero referirme a la primera parte de su intervención. Voy a responder a su respuesta, lo que muestra claramente que no hay preguntas, puesto que las preguntas ya son en sí mismas respuestas.

Me permito hacer una pequeña disgresión puesto que, efectivamente, escuché su comunicación de ayer sobre la observación directa y su papel de prevención (creo que no me alejo mucho del tema porque es un complemento a la primera pregunta que se me ha planteado).

A mí me llamó la atención el hecho de que eso que Vd. llamó prevención, mejor dicho, la utilidad de la observación directa para la prevención, descansaba esencialmente sobre la detección, si podemos llamarla así, diagnóstica de preformas psicopatológicas.

Tengo alguna experiencia en esto, puesto que he trabajado durante dos años en el grupo de Geneviève Haag sobre la observación directa de bebés y he introducido en Saint Vicent de Paul una actividad de observación directa con una perspectiva más psicoterapéutica, es decir, que no consista solamente en una educación de la mirada para toda una serie de personas relacionadas con el cuidado del niño, sino

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

con una perspectiva de cuidados, de atención, con niños gravemente disarmónicos o que presenten esos cuadros llamados pre-autísticos.

Y también hemos reflexionado mucho sobre la manera en que la observación directa puede tener un rol terapéutico o preventivo antes de que esté constituido el cuadro completo.

Yo creo que es por este biés por donde la consulta terapéutica del tipo de las que hemos visto, obtiene sus resultados. Me explicaré.

Nos parece que, por una parte, en el encuadre de la observación directa y quizá en la consulta terapéutica también, puede darse una proyección, **la proyección de las partes más arcaicas, más simbióticas, de la personalidad materna,** en la óptica de los trabajos de Bleger sobre psicoanálisis de casos graves.

El segundo medio por el que el efecto terapéutico encuentra su salida es **una función,** por decirlo de alguna manera, **sin «toilette»,** como diría Meltzer, **del observador o del encuadre tratante en su conjunto,** que va a acoger las partes psíquicas más intolerables de la madre.

Otro punto de impacto posible es lo que nosotros llamamos **una modificación de las imagos tutelares.**

La idea de la observación directa y quizá también de la consulta terapéutica, como hemos visto aquí, es

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

la de **devolver a la madre, a los padres, la posibilidad, el permiso, edípicos, de ser padres** y de utilizar al máximo su competencia paterna, su «paternalidad», su «parentalidad».

Por todo un conjunto de elementos, como se ve muy bien en esta historia, parece que la madre, esta madre, tenía muchas dificultades en el terreno edípico, en cuanto a la vida, y a la muerte también, de sus hijos.

Un punto último es que la observación directa, y la consulta terapéutica también, es una ayuda que no necesita de la intervención directa, sino una ayuda simplemente por la presencia neutra para la «desconfusión» identificatoria entre la madre y su hijo.

Esto se ve bien en el video cuando la madre dice que una de sus amigas le ha hecho notar que quizá si Michel Soulé le pedía que dijera a su hija quién era ella sería porque, sin duda, ella sabía ya mejor quien era ella misma, es decir, que se sabría mejor quien era quien.

Creo que esto completa la respuesta que ya di a la primera pregunta, y me parece que todos esos puntos de impacto que son válidos para la observación directa lo son también para el documento que acabamos de ver.

En cuanto a su pregunta técnica, efectivamente nuestras consultas terapéuticas se hacen sin cuestionario

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

previo, son como un acompañamiento semi-directivo (puede tratarse de una actitud no-directiva, como la que hemos visto en la pantalla, o bien, semi-directiva).

Pero yo no estoy de acuerdo en absoluto con Vd. por muy seducido que esté uno con la obra de Pirandello.

Yo no creo que se trate en absoluto aquí de «tres personajes en busca de autor», yo no creo de ningún modo que Michel Soulé tenga aquí un papel de autor de lo que quiera que sea.

El ayuda a cada uno de los miembros presentes a **ser el autor de su propia historia.** Eso no es ni parecido a lo que plantea Vd.

P.: **Rodolfo Rodríguez,** Ginebra. «Yo añado mi felicitación a las ya expresadas a la presentación notable de estas consultas terapéuticas.

En relación con sus elaboraciones en torno a la muerte súbita, me pareció oír hablar sobre la pulsión de muerte, el fracaso de la para-excitación así como del stress en relación con diferentes interacciones que podrían entrar en contradicción. Pero no he oído hablar del investimiento narcisista de los padres del niño y, en consecuencia, tampoco del narcisismo del niño.

Me preguntaba si no habría lugar también en esta si-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

tuación para hablar de **narcisismo mortífero,** tal como lo entiende Green».

R.: Las reflexiones que yo he hecho en relación con el vídeo que hemos visto no eran en absoluto exhaustivas. Eran puntuales, trataba de señalar sólo los puntos importantes.

Quizá se haya escapado a la traducción, porque realmente es un término difícilmente traducible, pero yo cité al pasar la **función desobjetalizante,** recordando efectivamente la visión de Green con relación a la pulsión de muerte.

Estoy completamente de acuerdo con Vd. en que cuando se habla de la muerte súbita, es difícil no evocar el narcisismo mortífero de los padres, así como la instauración del narcisismo en el niño.

Me parece que también en la situación que yo he mostrado de la inversión de la seducción, de la situación de la seducción originaria, aparece claramente la relación, el entramado con la instauración de las bases narcisistas del bebé.

P.: **Concepción Santos,** Madrid. «Quería preguntar al Dr. Golse por las razones de ese manejo técnico de ver a los padres separadamente, es decir, el porqué se ve primero a la madre y luego al padre. Me pareció oír citar que después iba a ver a la hija, o a todos juntos, y yo me pregunto el porqué...».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

R.: En las entrevistas como éstas no hay intermediario preestablecido, ni tampoco codificación para la sucesión de los acontecimientos. Hay un mínimum, si es posible, de elementos transferenciales y contratransferenciales. Pero a nivel de técnica no hay ninguna rigidez particular.

Si Vd. recuerda el vídeo, el padre no estaba del todo de acuerdo en venir, era sobre todo la madre quien quería, si bien de manera ambivalente y angustiada.

Pero el padre no quería venir, y Michel Soulé no ha querido provocar un enfrentamiento de entrada con esa situación del padre, y ha preferido escuchar primero a la madre.

Efectivamente se planteó la cuestión de ver a los tres a continuación, lo que Michel Soulé no ha mostrado en el vídeo, puesto que la riqueza del insight, de la introspección materna era tal, que él ha seguido el material tal cual lo iba trayendo la madre.

La niña ha sido vista después. Esto no lo muestra el vídeo, pero también la familia ha sido vista, los tres juntos, después. Pero esto no ha sido un planteamiento de entrada, un compromiso establecido, o no establecido, era una cosa más de las que se habían planteado, pero no hay ninguna rigidez en absoluto, no se había decidido una fecha, eso se hizo más tarde, como una especie de segunda conclusión.

Pero lo esencial de mi respuesta, ya lo he dicho, es que Michel Soulé se ha mantenido sobre todo si-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

guiendo la demanda materna. En todo caso, no hay ninguna técnica que indique en qué forma y en qué orden se ha de ver al padre y a la madre. O mejor, **no se trata de una decisión técnica a priori.** Según la marcha de las cosas, si el insight materno precisa de su compañía... Pero no como una decisión técnica a priori.

P.: **Concepción Santos,** Madrid. «Querría hacer otra pregunta al Dr. Golse, sobre algo que me interesó, aunque él lo dejó un poco de lado: dijo que no iba a hablar sobre las hipótesis pediátricas de la muerte súbita.

Pero supongo que como equipo interesado en ese tema, deben conocer bien las razones de los pediatras, y a mí me gustaría que nos comentara qué piensan los pediatras sobre la muerte súbita».

R.: Yo dejé de lado este tema puesto que aquí se trata de una reunión sobre la psicología y la psicodinámica del niño.

Pero, obviamente, trabajamos con pediatras, pero... se trata de pediatras «contaminados», «pervertidos», si me permiten hablar así, que no creen en la univocidad de una causa pediátrica para la muerte súbita.

Yo no digo que ellos tengan razón o que estén equivocados, pero, como trabajamos con ellos, estamos habituados a pensar en la muerte súbita **como un accidente sobredeterminado, multifactorial.**

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

Es por esto que en cierto número de casos somos muy favorables a la práctica de la autopsia. Y así se ve que hay algunos casos en que la hipótesis de una causa pediátrica es posible, plausible, por ejemplo..., recuerdo un caso de descubrimiento anatómico de un reflujo gastroesofágico que ha podido ser responsable de una apnea.

En la literatura pediátrica, por otra parte, se habla de una serie de enfermedades infecciosas agudas, de una insuficiencia renal aguda, etc.

Pero quiero precisar que la razón de indicar la práctica de la autopsia no tiene como objetivo conseguir una especie de explicación artificial del problema.

Cuando reflexionamos juntos pediatras y psiquiatras, aceptamos todos que, de hecho, hay una causa orgánica para la muerte súbita, pero seguimos convencidos que esa causa orgánica ella sola, no basta o que, en todo caso, esa causa ha dado lugar al deceso del niño en un momento particular de su historia interactiva.

Eso es lo que nosotros intentamos: Encontrar esa causa «aprés coup» y sobre todo separar... no se trata de forzar las cosas, yo creo que siempre hay un peligro cuando se discute desde el punto de vista psicodinámico y sobre todo en el caso de la muerte súbita, **que es confundir causas y significaciones.**

Nosotros no buscamos tanto las causas como las sig-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6

nificaciones que este accidente puede tener «aprés coup» para esa familia o las repercusiones fantasmáticas que puede tener para el niño siguiente.

Pero en nuestro fuero interno, en el fondo de nosotros mismos, cuando hablamos entre pediatras y psiquiatras en el Instituto de Puericultura en torno a Michel Soulé, estamos convencidos de que se precisa, si bien que en dosis diferentes, según cada niño, una conjunción de acontecimientos. Quizá un acontecimiento pediátrico pero, en todo caso, también una situación interactiva que deje emerger, que haga crujir ese acontecimiento.

Es un poco el mismo razonamiento que se haría respecto al determinismo del autismo o de ciertas psicosis del niño, en donde vemos que en unas historias hay un peso biológico más importante, en otras, en cambio, un peso psicógeno mayor, hay un reparto diferente en cada niño pero, finalmente hay de todo en todos los niños.

P.: «Yo sólo querría insistir en la forma en que Michel Soulé (yo soy del IPSO de París, trabajo con el Prof. Kreisler y he encontrado muchos puntos en común...) **restaura el narcisismo de la madre.** Hay un punto en el que insiste enormemente, puesto que esta mujer ha sufrido un traumatismo enorme y este espacio para la palabra que él le deja, restaura su narcisismo.

Sin asaetearla con interpretaciones, le da tiempo para elaborar. Eso es todo».

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1988;6