

Las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé: ¿conquista o viaje a la deriva?*

Bernard Golse¹

Resumen

Introducción: El psicoanálisis es un cuerpo viviente que permite, por consiguiente, plantear modificaciones del encuadre que extienden la praxis psicoanalítica a pacientes con edades o patologías diferentes a las clásicas. Entre estas extensiones, el campo de las intervenciones tempranas —el tratamiento llamado “psicoanalítico” de los bebés— se encuentra en pleno florecimiento desde hace algunos años. *Desarrollo:* El autor se propone relexionar sobre la pertinencia del calificativo “psicoanalítico” para las psicoterapias conjuntas padre-madre-bebé, cuyos principios fundamentales revisa en este artículo. Son así expuestos y desarrollados los siguientes elementos: el encuadre, el análisis de las resistencias, de la transferencia y la contratransferencia, la dimensión tópica y, para terminar, la verbalización frente a la interpretación. *Conclusiones:* El autor considera que nuestro saber presente no permite concluir sobre la pregunta que introduce el título de su artículo. Resalta, empero, que los derivados del psicoanálisis no son equiparables a un perderse yendo a la deriva y que solamente una actitud metapsicológica honesta y rigurosa puede inclinar la balanza del lado de la conquista.

Palabras clave: psicoterapias conjuntas, encuadre, resistencias, transferencia, contratransferencia, verbalización, interpretación.

Title: Father-Mother-Baby Joint Psychotherapies: Triumph or Floating Adrift?

Abstract

Introduction: Psychoanalysis is a living body, therefore allowing modifications to the setting that extend psychoanalytic practice to patients with ages and pathologies that differ from classical ones. In the field of early interventions, the so-called “psychoanalytic” treatment of babies has been flourishing in the last years. *Development:* The author ponders on the pertinence of the term “psychoanalytic” regarding father-mother-baby joint psychotherapies,

.....
* Este texto, modificado para este Suplemento, fue publicado inicialmente en *Journal de la Psychanalyse de L'enfant* (2005;36:83-100). Con los cambios evocados, se publica aquí con el consentimiento de su autor. Traducción del francés al español de Alejandro Rojas-Urrego.

¹ Médico psiquiatra de niños y adolescentes. Psicoanalista. Profesor de psiquiatría de niños y adolescentes, Université René Descartes (París V), Francia. Jefe del Servicio de Paidopsiquiatría, Hôpital Necker-Enfants Malades, París, Francia.

even as he reviews its fundamental principles in this paper. Thus, the following elements are exposed and discussed: the setting, the analysis of resistance, of transference and countertransference, the topic dimension, and verbalization versus interpretation. *Conclusion:* The author concludes that our current knowledge does not allow us to answer the question introduced by the title. He underscores, however, that derivatives of psychoanalysis are not comparable to floating adrift and that only an honest and rigorous metapsychological attitude can tip the scale to the side of triumph.

Key words: Joint psychotherapies, setting, resistance, transference, countertransference, verbalization, interpretation.

Introducción

El psicoanálisis es, por fortuna, un cuerpo viviente y en evolución permanente. Sería, a la vez, lamentable, triste y estéril considerar que sólo el dispositivo de la cura tipo amerita verdaderamente el sello de psicoanalítico y que, por consiguiente, no pudiera ser concebida ninguna modificación del encuadre para permitir una extensión de la praxis psicoanalítica a pacientes con edades o patologías diferentes a las de los neuróticos adultos con los cuales Sigmund Freud trabajó en un comienzo.

Si se piensa que el psicoanálisis posee una cierta dimensión de verdad, es sin duda difícil considerar que esta tenga tan sólo valor de “verdad local”, hasta el punto de no poderla aplicar más allá del dispositivo primigenio. Lo que confiere, según mi punto de vista, un valor de verdad científica al material psicoanalítico es la posibilidad de acogerlo y escucharlo con el telón de fondo de la dinámica transferencia-contratransferencia, harto más que cualquier

vinculación inflexible con el dispositivo diván-sillón propiamente dicho, lo que limitaría el psicoanálisis al sólo tratamiento de los adultos.

Al mismo tiempo, desde el momento mismo en el que apuntamos a trabajar psicoanalíticamente con pacientes que no pueden acomodarse al dispositivo clásico, chocamos con el problema de saber si lo que hacemos con ellos, en un registro innovador, amerita todavía el calificativo de psicoanalítico o si, por el contrario, nos situamos en el terreno de las aplicaciones o los derivados del método psicoanalítico o, incluso, si vamos a la deriva...

En un país como Francia, durante mucho tiempo, el psicoanálisis de niños estuvo sometido a este tipo de críticas, y todavía lo está, en muchos frentes. Inútil precisar además que una cuestión semejante se plantea, de manera aún más aguda, cuando se apunta a tratar a bebés usando puntos de referencia metapsicológicos... Sin embargo, en el campo de las intervenciones tempranas, el tratamiento llamado psicoanalítico

de los bebés se encuentra en pleno florecimiento, desde hace algunos años. Esta realidad nos invita a reflexionar sobre su estado actual.

¿Se trata acaso de una conquista reciente y auténtica del psicoanálisis o, como fue ya evocado, vamos tan sólo a la deriva, con una metapsicología que extravía su alma y termina por perderse inexorablemente? Para intentar reflexionar sobre esta delicada problemática, he escogido hablar de las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé que, la mayoría de las veces, son realizadas por psicoanalistas que reivindican con vehemencia la naturaleza psicoanalítica de su práctica.

Después de recordar las diferentes formas de psicoterapias conjuntas que se han desarrollado progresivamente, así como las diferentes cuestiones técnicas que se vinculan con ellas, abordo un cierto número de ejes de reflexión que pueden permitirnos pensar de manera no polémica la naturaleza íntima de este tipo de intervenciones, cuestión esencial en la hora presente, cuando violentos debates se adelantan todavía en lo referente a la línea de demarcación entre psicoterapia y psicoanálisis.

Los ejes de reflexión que propongo en este texto, a sabiendas de que sería posible acudir a otros bien distintos, son, primero, el encuadre; luego, el análisis de las resistencias, de la transferencia y la contratransferencia y la tópica, y, para terminar, la verbalización contra la interpretación.

Psicoterapias padre-madre-(padres)-bebé²

Anotaciones generales

Fraiberg (1) fue una de las pioneras en este campo, con su trabajo con niños ciegos en particular, a través del recurso de las intervenciones a domicilio. Consideró al niño como un auténtico objeto de transferencia de parte de sus padres y, poco a poco, hizo de las psicoterapias padre-madre-(padres)-bebé herramientas esenciales del cuidado y el tratamiento en el terreno de la infancia temprana.

Estas psicoterapias conjuntas se desarrollaron en tres direcciones principales: el seguimiento del desarrollo, la clínica del apego y las psicoterapias conjuntas de inspiración psicoanalítica. Los seguimientos del desarrollo o interactivos los inició

² Las líneas que siguen son extraídas del capítulo "Historia del psicoanálisis de los bebés", redactado por el autor de este artículo para el libro *Histoire de la psychanalyse de l'enfant-Mouvements, idées, perspectives* (C. Geissman y P. Geissmann, con la colaboración de D. Houzel y B. Golse). París: Bayard: 2004.

MacDonough (2), quien se centró en registrar en video las interacciones, para luego llevar a cabo la observación subsiguiente de tales registros por parte de los padres y del terapeuta.

Ciertas psicoterapias conjuntas se realizan con referencias explícitas a la teoría del apego (3), pero la perspectiva reparatoria despierta aquí un cierto número de interrogantes. En Francia, se desarrollaron principalmente las terapias conjuntas de inspiración psicoanalítica en el curso de los últimos años.

Psicoterapias conjuntas de inspiración psicoanalítica

En cuanto a las psicoterapias conjuntas de inspiración psicoanalítica se han propuesto diversos modelos:

Male y Doumic-Girard (4) insistieron en la regresión en presencia de un tercero y sobre la reparación de *tiempos fallidos* de la relación primordial. El concepto de reparación no está a la moda hoy en día, pero Doumic-Girard pensaba que, para una madre y su hijo, la oportunidad de poder jugar libremente en presencia y bajo la mirada de un tercero podía favorecer grandemente la regresión y, por este camino, ayudarlos a recorrer de nuevo las diversas etapas fallidas en el seno de su relación y su historia común tempranas.

Winnicott (5) trabajó principalmente sobre las maneras de poner en relación los diferentes sistemas preconcientes. La base esencial de su práctica con las madres y los bebés se apoyaba en la posibilidad de ofrecerse él mismo como un “objeto transicional” para la diada madre-hijo, con referencia a posiciones teóricas bien conocidas en cuanto a la dinámica de los sistemas inconscientes y preconcientes. Apuntaba, por consiguiente, a una diferenciación extrapsíquica delicada y cuidadosamente manejada.

Lebovici (6) intentó determinar y sacar a la luz los diferentes “mandatos transgeneracionales inconscientes” que pueden venir a entorpecer la libertad del despliegue del *self* del niño. Al final de su vida, recurría con fuerza a los conceptos de *enaction* y de *enactment*, de gran riqueza y sin ninguna relación con la cuestión del *acting*. Al contrario, se vinculan con la emoción que toma cuerpo, como condición previa a la comprensión empática e intuitiva de una situación clínica.

De ahí su referencia frecuente a la noción de *empatía metaforizante*, que constituía el centro mismo de sus terapias conjuntas. Lebovici proponía habitualmente dos o tres sesiones relativamente prolongadas con los padres y el niño, con el fin de develar y clarificar los diferentes mandatos transgeneracionales que pesaban sobre el desarrollo del niño

y entorpecían sus posibilidades de desplegarse. Consideraba, en principio, que de este modo podía ofrecer al niño y a sus padres un mayor grado de libertad, gracias a la puesta en circulación de un material inconsciente hasta entonces detenido (6).

En la Tavistock Clinic de Londres, Daws (7) y toda la escuela poskleiniana utilizaba el grupo padre-madre-(padres)-terapeuta-niño como un aparato psíquico colectivo capaz de realizar una cierta *capacidad de ensueño colectivo*, que representa el mecanismo principal de la función continente y de la transformación de las producciones psíquicas del niño, en particular de sus elementos beta. El objeto grupal está constituido por el bebé, sus padres y los coterapeutas, quienes dejan que se desarrolle una conversación no dirigida, en el curso de la cual emergen progresivamente las fantasías y las reconstrucciones que se organizaron alrededor de los síntomas del niño.

Cramer y Palacio-Espasa (8) propusieron un modelo detallado y profundo de las terapias madre-bebé en el marco de las intervenciones denominadas breves. Dos puntos son esenciales para ellos: por una parte, la naturaleza de las proyecciones parentales sobre el niño; por la otra, el concepto de *secuencias interactivas sintomáticas*, capaces de representar, figurar y materializar, de cierto modo, la conflictualidad

psíquica del cuerpo y del comportamiento del niño.

Ciertas proyecciones parentales son absolutamente necesarias, estructurantes y fisiológicas (proyecciones anexantes), mientras otras son demasiado intensas o cualitativamente anormales, violentas, destructivas y capaces, por consiguiente, de venir a distorsionar, alterar, entorpecer o encerrar el desarrollo del niño (proyecciones alienantes). La clarificación o la elucidación de tales proyecciones por parte del terapeuta permite su reapropiación y su integración psíquica por parte de la madre, lo que alivia y aligera su relación con su hijo, cuyos síntomas pierden entonces su “utilidad” psicodinámica.

Este movimiento de reapropiación psíquica de las proyecciones que están en juego se acompaña frecuentemente de la aparición de un movimiento depresivo en la madre, vinculado con la toma de conciencia de su implicación en el determinismo de los trastornos de su bebé.

Una tipología de las proyecciones parentales fue propuesta por Cramer y Palacio-Espasa (8), desde las más neuróticas y las más idealizadas hasta las más deletéreas y las más persecutorias, que se encuentra siempre vinculada a contraindentificaciones de la madre con sus propias imágenes parentales, las que tuvo, las que creyó tener o las que quisiera haber tenido.

Rosine Debray (9), finalmente, consideraba que la idea misma de terapia breve era en parte una falacia. Entonces recurrió a las terapias conjuntas, como una primera etapa que ofrecía la oportunidad de incitar a la madre a realizar un trabajo psicoanalítico personal clásico, tanto más beneficioso por cuanto el período perinatal resultaba particularmente plástico y propicio para transformaciones más rápidas y más profundas que en otros períodos de la vida de la mujer. Se trataba de una posición, en cierto modo, radical que, en nuestros días no la comparte la mayoría de los clínicos.

Sea cual fuere la teoría personal de cada autor, sea cual sea su modelo de referencia, estamos en la obligación de reconocer que cada uno de ellos hace siempre más de lo que dice y quizás de lo que cree. En el fondo, todo modelo no es más que un medio para describir, explicar y comprender una experiencia y una práctica dadas. En tal sentido, sabemos que toda experiencia es irreductible a una descripción singular en la medida en que compromete al conjunto de la persona del terapeuta y su funcionamiento como sujeto.

Las reflexiones de Watillon-Naveau (10) parecen ser útiles en este punto, cuando intentó elaborar teóricamente las terapias conjuntas refiriéndose ya sea al modelo del traumatismo temprano, ya sea al modelo de la disfunción transgeneracional. Alrededor de estas distintas prácticas

han surgido, evidentemente, múltiples cuestionamientos:

¿El bebé es capaz de transferir y, en tal caso, de qué tipo de transferencia se trata? Numerosos autores se interrogan sobre la legitimidad misma de acudir a la expresión *transferencia en los bebés*. Ciertamente, son capaces de inducir en los adultos que se ocupan de ellos modalidades interactivas derivadas de sus primeras experiencias relacionales, pero dichas inducciones no se sitúan con respecto a la dinámica del *après-coup* en el mismo grado que la transferencia. Se sabe que esta cuestión, que representa en cierto modo la versión moderna del célebre conflicto entre Anna Freud y Melanie Klein, fue objeto de una importante controversia entre Cramer y Lebovici, controversia publicada por *La Psychiatrie de L'enfant*, en 1994 (11).

¿Qué tiempo debe ser dedicado directamente al niño en el curso de las sesiones? ¿Se debe comenzar por una restauración narcisista de los padres (12) o se puede entrar directamente a analizar los “fantasmas de la *nursery*” (13)? ¿La presencia del bebé no corre acaso el riesgo de activar de manera excesivamente intensa la transparencia psíquica de los padres? (14-16) ¿Cuáles son las cualidades requeridas por los terapeutas de bebés? Son por supuesto cualidades esenciales para todo terapeuta, mas parecerían ser aquí particularmente necesarias.

Importa, en primer término, que el terapeuta haya podido renunciar por completo a la clásica fantasía del super-padre reparador, pues ocurrese de un bebé o de un adolescente pensando que sus dificultades se deben a tal o cual falla de los padres sólo lleva a acentuar la depresión de estos pacientes avergonzados o culpabilizados al no haber podido hacer de sus padres unos padres suficientemente buenos (17).

Es fundamental que el terapeuta sea particularmente sensible a las proyecciones y a la empatía, gracias a la contratransferencia, en razón de la importancia de la comunicación analógica en los bebés y los adolescentes, comunicación que se debe aprender a decodificar. Una disposición para el *enactment* o la *enaction* (6) resulta igualmente útil en estas terapias, cuyas dinámicas son en ocasiones muy rápidas e intensas.

La frecuente presencia de los padres reales supone, además, la capacidad del terapeuta para trabajar sobre la hipótesis de la *transferencia invertida* (18), es decir, sobre esa forma particular de la transferencia en el seno de la cual el paciente pone al terapeuta en posición de niño y lo hace vivenciar, por proyección lo que él mismo pudo vivir en su relación con las imagos parentales.

Estas transferencias particulares son, con frecuencia, relativamente masivas y están marcadas por una

dimensión narcisista o adhesiva intensa. Innegables en ciertas ocurrencias de los sujetos de mayor edad, se puede discutir por supuesto su existencia en los bebés. En realidad, el estilo interactivo específico que un bebé induce en cada uno de sus *partenaires* relacionales adultos, en particular en el adulto terapeuta, se encuentra inscrito en el entrecruce preciso de la parte personal del bebé y de las particularidades del funcionamiento del adulto. Pero estos dos componentes “narran”, cada uno a su manera, algo de la historia primera de cada uno de los dos protagonistas del encuentro (historia interactiva temprana del niño y del bebé que el adulto fue).

Por todo esto, cada uno de los dos relatos, cada una de las dos narraciones, traen a la interacción presente huellas de las imagos adultas primordiales del bebé y del adulto terapeuta. Si este último permanece suficientemente atento, puede sentir las inducciones interactivas por parte del bebé del cual se ocupa, como si le “contara” de este modo acerca de los primeros encuentros relacionales vivenciados por este bebé en particular.

De aquí a evocar una transferencia invertida, hay quizás un paso que no convendría dar demasiado rápido, no fuera más que en función de las reservas evocadas sobre la pertinencia de la noción misma de transferencia en los bebés. Sin embargo,

difícil negar que nos enfrentamos, a pesar de todo, a una dinámica cuyas analogías con la transferencia podría resultar fecundo considerar.

La “maleabilidad” del terapeuta (19) y su narratividad, finalmente, son en verdad cruciales. Volveremos sobre este punto para insistir tan sólo en el rol de estas cualidades particulares en la ayuda prestada a los procesos de subjetivación y de diferenciación extrapsíquica. Todo lo anterior subraya que una de las cualidades centrales de los terapeutas de bebés es, sin lugar a dudas, la capacidad de encontrar la “distancia justa” (20) con sus pacientes, posición que resulta más fácil de decir que de realizar.

Algunas anotaciones técnicas

Sin buscar clasificarlas en orden de importancia, me limito a citar las siguientes:

- La importancia del estilo interactivo desde el primer encuentro con las díadas o las triadas padre-madre-(padres)-bebé. Todo el porvenir de la alianza y del proceso terapéuticos depende en gran medida de dicho estilo.
- La importancia de un encuadre relativamente flexible y suficientemente firme, que permita dar testimonio de una bisexualidad bien elaborada. Todo encuadre es, en efecto, fundamentalmente bisexual (21), en la medida

en que, desde un punto de vista metafórico, incluye siempre una dimensión continente (maternal o femenina) y una dimensión limitante (paterna o masculina), cuya calidad integrativa comanda y dirige en parte el efecto de nuestras intervenciones.

- La importancia de la verbalización de los afectos y de las sensaciones al lado del trabajo interpretativo propiamente dicho que no debe ser descuidado.
- La importancia, finalmente, del grupo alrededor de los bebés, cuyo manejo atento permite evitar los riesgos de escisión entre el cuerpo y la psiquis, escisión que representa siempre al enemigo público número uno con los bebés y los niños muy pequeños.

Por supuesto, se podrían evocar otros aspectos técnicos; sin embargo, me limito a señalar que la atención del terapeuta, en el sentido bioniano del término, y la historización del material son, con seguridad, los eslabones centrales de los efectos terapéuticos con los bebés, cuyo cuerpo y cuyo comportamiento aportan, sin dudas, un material clínico central y con frecuencia preponderante.

Entonces, en fin de cuentas, ¿se trata de una conquista o hay un riesgo de ir a la deriva?

La pregunta es difícil y quizás no haya posibilidad, hoy en día, de

responder de manera absoluta. En lo que a mí se refiere, hago parte de aquellos que piensan que es posible ocuparse de niños muy pequeños, incluso de bebés, sin sacrificar ninguno de los puntos de referencia metapsicológicos habituales, y que se puede tener la pretensión legítima de seguir siendo psicoanalista en estas condiciones particulares.

Desde tal perspectiva, me parece que el bebé no nos impone ninguna renuncia particular (22), ni a la teoría de las pulsiones, ni a la teoría de la anaclisis, ni incluso a la teoría del *après-coup*, lo que un autor como Geissmann (23) ha subrayado con vigor al comparar, desde el punto de vista de su naturaleza como proceso, el trabajo de oscilación entre la posición depresiva y la posición esquizoparanoide con aquel que existiría entre el *avant-coup* y el *après-coup* (dando por entendido que el primero no es más que un concepto límite y un tanto ficticio).

La pregunta sigue, no obstante, abierta e importa elegir un cierto número de ángulos de reflexión. En el marco de este trabajo me limito a abordar aquellos que enuncié con anterioridad.

La cuestión del encuadre

Ya he dicho cuánta importancia tienen para las terapias conjuntas la maleabilidad, la narratividad y la calidad de la integración de la

bisexualidad psíquica, tanto en el encuadre como en el terapeuta (quien es a la vez parte integrante del encuadre y su garante). Esto es probablemente cierto en un contexto más general y resulta, por consiguiente, válido más allá del campo de las solas terapias conjuntas. Estas últimas plantean de manera específica la cuestión del encuadre, en cuanto apelan —como en el caso de las terapias o los análisis de niños, o como en ciertas técnicas de tipo psicodramático— a lo que Dupeu denomina *una triple descondensación del encuadre* (24).

Con esta expresión el autor subraya que, a diferencia de lo que ocurre en la cura-tipo, el tratamiento psicoanalítico de los niños (mediatizado por el juego, el dibujo o por el juego de roles) se despliega, en realidad, de tres maneras concomitantes: (i) el tratamiento no se adelanta tan sólo a través de la palabra, (ii) la transferencia no se focaliza siempre en el terapeuta (concepto de coterapeutas) y (iii) el tratamiento difracta el juego de identificaciones posibles, al no dirigirse tan sólo a estructuras exclusivamente neuróticas, sino, con mayor frecuencia, a estructuras en curso de estructuración, si puedo expresarme de tal modo.

Las terapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé realizan al máximo esta triple descondensación, o este triple despliegue, del encuadre, en la medida en que aun cuando

hay intercambio de palabras entre los padres, los terapeutas y el bebé, este último no resulta afectado por la palabra del mismo modo como los adultos. Los terapeutas suelen ser dos o más y, finalmente, el bebé es en esencia un ser en curso de diferenciación intra y extrapsíquica.

Pero descondensación no significa desnaturalización, y considero que hay lugar para sustentar la naturaleza psicoanalítica de tal proceso terapéutico, incluso si se acepta la posibilidad de debatir sobre este punto específico.

Análisis de las resistencias de la transferencia y la contratransferencia

Se ha sostenido que más allá del encuadre, lo que definía la naturaleza psicoanalítica de un tratamiento residía en el hecho de apuntar el análisis a la vez a un trabajo sobre los contenidos de pensamiento, sobre la transferencia y sobre las resistencias. El psicoanálisis francés se ha centrado principalmente en este último aspecto: el análisis de las resistencias (25). En todo caso, se sabe que los tres niveles de análisis no pueden ser disociados y que, la mayoría de las veces se abordan de manera conjunta.

Esto es particularmente cierto en el caso de los niños, y algunos autores han dicho que el análisis de las resistencias no podía adelantarse

como un trabajo en sí mismo, ¡condenándolo de este modo irremediablemente a no poder ser considerado un tratamiento psicoanalítico!

Con seguridad, la posición anterior es excesiva, por cuanto, como en el caso del adulto, el análisis de las resistencias del niño debe estar intrincado con el de los contenidos psíquicos propiamente dichos. En el marco de las terapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé sucede lo mismo y, por ejemplo, el análisis de las proyecciones parentales va a permitir confrontar a los padres con sus resistencias frente al impacto que su dinámica fantasmática inconsciente tiene en el comportamiento de su bebé y en la edificación de su mundo representacional, así como confrontarlos a resistencias semejantes para elaborarlas de manera progresiva.

En lo que se refiere al lugar de la transferencia en el marco de las terapias conjuntas, se trata de una cuestión compleja y, a la vez, consistente. Los padres transfieren, por supuesto, sobre el(los) terapeuta(s) y hemos visto cómo para ciertos autores (6) el bebé, por su parte, es quizás capaz de “transferir” igualmente sobre el(los) terapeuta(s).

Sea como fuere, lo que según mi punto de vista reduce un tanto el lugar de las interpretaciones transferenciales con los padres en el marco de las terapias conjuntas es que su relación con su hijo es desde ya, en

cierto modo, cuestión de transferencia (vía las dinámicas del hijo de la fantasía, del hijo imaginado, del hijo narcisista e incluso del hijo mítico), hasta un punto tal que su transferencia sobre el(los) terapeuta(s) no representa aquí más que una faceta parcial de tal dinámica.

Por el contrario, en el campo de las terapias conjuntas, así como en el marco de la observación directa analítica de bebés (26), una atención sostenida se dirige hacia la contratransferencia del (o de los) terapeuta(s) y esto confiere, en los buenos casos, una auténtica dimensión psicoanalítica al trabajo que allí se realiza.

La cuestión de la tópic

Quizás esta es la dimensión metapsicológica que el bebé pone en mayores dificultades, por así decirlo. En efecto, hoy día debemos tener en cuenta todo aquello que la psiquiatría del bebé nos ha enseñado en materia de funcionamientos díadicos y triádicos. Pero quien dice díada o tríada dice igualmente registro de lo interpersonal, más que registro de lo intrapsíquico.

¿Cómo tener en cuenta la transparencia psíquica materna (14-16), la neotópica perinatal (8) y la unidad originaria (27) para pensar en términos metapsicológicos la díada y la tríada con esta dificultad central que representa, sin dudas, el paso de lo

interpersonal a lo intrapsíquico? ¿Tenemos acaso el derecho de suponer que el sistema padre-madre-bebé es en sí mismo portador de la dinámica apta para transponer triadificación y triangulación? Nada es menos seguro, en realidad, y con esto se plantea como elemento central todo lo vinculado a la interiorización.

Pero podemos quizás pensar, en cambio, que la presencia de un tercero no puede ser evacuada en este caso y que, por ello, el dispositivo de las terapias conjuntas sería justamente capaz de brindar a la díada y a la tríada, en el mismo seno de la tópica grupal, la función de tercero observante y participante, capaz de inducir el movimiento de psiquización de las interacciones comportamentales.

No es menos cierto que las reflexiones actuales se centran en la validez o no del concepto de tópica intersubjetiva y que, en tal sentido, el marco de las terapias conjuntas ofrece posiblemente un paradigma fecundo para esta problemática esencial.

Aunque es aún muy temprano para saber si este marco de acción aportará o no elementos de reflexión decisivos en este campo, desde ya es posible afirmar que el sistema padre-madre-bebé abordado en las terapias conjuntas ofrece una figuración comportamental de la triangulación intrapsíquica en los bebés en cuestión y que, por ello, estas pueden aspirar al estatus de psicoanalíticas,

desde el momento en el cual se interpretan los materiales recogidos y se hace referencia al concepto de transo de intergeneracional (28).

¿Verbalización o interpretación?

Este eje de reflexión es, sin duda, el que más se presta para ser conflictivo. En mi opinión, lo es en potencia, por cuanto el trabajo con sujetos o futuros sujetos que se sitúan mucho antes de la organización neurótica, como es el caso de los bebés o de los niños con patologías de tipo arcaico (autismos y psicosis tempranas), implica trabajar con pacientes que no han instaurado aún sus envolturas psíquicas de manera suficientemente estable y fiable. En razón de ello, no han interiorizado todavía un marco psíquico interno suficientemente sólido y diferenciado.

A los sujetos neuróticos, al contrario, el encuadre de la terapia les ofrece en cierto modo una figuración material de su marco interno, ya instalado, y permite así una forma de trabajo a cielo abierto, con los vínculos internos presentes entre sus continentes y sus contenidos de pensamiento, en particular en términos de representaciones verbales ya disponibles.

Con los bebés y los pacientes no neuróticos, el encuadre de la terapia sirve como preámbulo o estímulo exterior a su propio marco, todavía en curso (*in statu nascendi*) y

justamente el trabajo en el seno del encuadre terapéutico les va a permitir forjarse e interiorizar su propio marco interno.

En este punto, numerosos autores consideran que un trabajo interpretativo, en el sentido estricto, no es posible en un comienzo, no sólo porque se trata de pacientes que no han accedido aún al lenguaje verbal propiamente dicho (en efecto, algunos de estos pacientes no hablan, pero pueden ser muy sensibles al lenguaje del otro), sino porque la naturaleza misma de su psicopatología reclama un primer tiempo de verbalización, por parte del terapeuta, de sus contenidos de pensamiento (sensaciones, percepciones, afectos y emociones, protofantasías y protosímbolos), con el fin de ayudarlos a realizar un verdadero trabajo de aclaración identificatoria primaria, gracias a la “presencia bien viva” del terapeuta (29).

Los autores que se sitúan en el movimiento lacaniano rechazan, por supuesto, estas propuestas y consideran que la interpretación verbal y simbólica (o, mejor, simbolizante) es en realidad susceptible de ser utilizada desde un comienzo con cualquier tipo de paciente, puesto que, según ellos, el lenguaje es percibido por todo sujeto, sin importar su grado de diferenciación, en razón del valor simbólico que le es inherente y que permite incluso fundar al sujeto en cuanto sujeto.

Los trabajos sobre el desarrollo temprano de los bebés no se orientan hacia una dirección semejante; por el contrario, nos muestran que si bien son muy sensibles al lenguaje, lo son sin lugar a dudas más a la parte analógica de este que a su porción propiamente digital, es decir, más a la música del lenguaje que a su dimensión simbólica en estricto sentido (30).

Sea como fuere, con este tipo de pacientes, la técnica psicoanalítica se encuentra, en todos los casos, profundamente cuestionada en cuanto nos lleva a adoptar una praxis, con frecuencia, muy alejada de aquella que caracteriza a la cura-tipo, según fue dicho en la introducción de este artículo.

La verbalización por parte del terapeuta de los contenidos psíquicos del paciente puede requerir mucho tiempo y el riesgo existe, sin duda, de limitarse sólo a ella, sin lograr abordar nunca la fase en la cual el recurso a las interpretaciones deviene al fin posible. Esto, aunque pienso, y lo digo tan claro como me es posible, la interpretación sigue siendo la herramienta central y privilegiada del psicoanálisis.

Así, las terapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé acumulan diversas dificultades, por cuanto las intervenciones del terapeuta deben alcanzar simultáneamente al bebé y a sus padres, quienes son

evidentemente personas cuyo grado de diferenciación y de individuación no es de ninguna forma comparable ni simétrico (31).

¿Cómo decir algo que pueda a la vez alcanzar “analógicamente” al bebé y “digitalmente” a sus padres, si puedo decirlo de este modo? ¿Sería posible imaginar intervenciones que tuvieran simultáneamente valor de interpretación para los padres y de verbalización para el niño? Tal y como puede entenderse, la cuestión es extremadamente delicada y sería una falacia pensar que es posible resolverla enteramente hoy en día.

En efecto, para hacerlo deberíamos disponer de una teoría completa de la interpretación verbal del analista, que tuviera en cuenta a la vez su contenido y su continente, es decir, a la vez el sentido simbólico del lenguaje y su valor de acto (en el sentido de los pragmáticos), es decir, finalmente sus componentes segmentario y suprasegmentario (en el sentido de los lingüistas saussurianos).

En la actualidad, distamos mucho de disponer de una teoría semejante, pero podemos apostar, precisamente, a que la práctica de los analistas con los bebés y el estudio profundo de los mecanismos que participan en las terapias conjuntas serán capaces de ayudarnos a profundizar en nuestra teoría de la interpretación, incluso en el marco de la cura de adultos, y a com-

prender cómo lo que se dice puede “hacer algo” al otro, en términos de un acto de lenguaje susceptible de tener un efecto sobre el mundo representacional interno.

Se abriría de este modo, gracias al bebé, un neoestructuralismo de los procesos, muy diferente del estructuralismo de los estados, cuyo éxito epistemológico fue grande en el tiempo que fue el suyo (28). Esto correspondería, sin lugar a dudas, más a una conquista del análisis que a un ir a la deriva.

Conclusiones

¿Las psicoterapias conjuntas padre-madre-(padres)-bebé representan una conquista del análisis o un perderse e ir a la deriva? La cuestión es compleja y no he pretendido resolverla en el marco de este escrito, ni siquiera haberla circunscrito totalmente. Mi objetivo ha sido indicar los ejes o las pistas de reflexión que pueden ser las nuestras en el momento presente, señalando que establecer anatemas en este campo no resulta en ningún modo fecundo.

Los derivados del psicoanálisis no son equiparables a un perderse yendo a la deriva, y solamente una actitud metapsicológica honesta y rigurosa puede inclinar la balanza del lado de la conquista, pues no está escrito que el bebé deba ser siempre un desterrado del psicoanálisis, con el débil pretexto de que

el niño reconstruido no es el niño observado.

Referencias

1. Fraiberg S. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
2. McDonough SC. *Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances*. In : Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford; 1993. p. 414-426.
3. Bowlby J. *Attachement et perte*. Paris: Presses Universitaires de France; 1978-1992. 3 vol.
4. Mâle P. *Psychothérapie du premier âge: de la théorie à la pratique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1975.
5. Winnicott DW, Monod C, Pontalis JB. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975.
6. Lebovici S. *La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa*. *Psychiatr Enf*. 1994;37(2):415-27.
7. Daws D, Kiéfé L. *Les enfants qui ne dorment pas la nuit*. Paris: Payot; 1999.
8. Cramer B, Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
9. Debray R. *Bébés/mères en révolte: traitements psychanalytiques conjoints de déséquilibres psychosomatiques précoces*. Paris: Le Centurion; 1987.
10. Watillon-Naveau A. *Essai d'élaboration théorique des thérapies conjointes: magie ou psychanalyse?* *Revue Belge de Psychanalyse*. 1996;28:51-65.
11. Cramer B, Palacio-Espasa F. *Les bébés font-ils un transfert?* Réponse à Serge Lebovici. *Psychiatr Enf*. 1994;37(2):429-41.
12. White B. *L'évolution d'un modèle*. *Devenir*. 1998;10(4):7-22.
13. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. *Psychiatr Enf*. 1983;26(1):57-98.

14. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freud*. 1991;32:2-9.
15. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.
16. Bydlowski M. Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité. Paris: Odile Jacob; 2000.
17. Searles HF. Le contre-transfert. Paris: Gallimard; 1981.
18. Tisseron S. Le patient-parent et le thérapeute-enfant. À propos de quelques difficultés thérapeutiques et de leur interprétation. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1985;50(1):173-85.
19. Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les fonctions du symbole. *J Psychanalyse Infant*. 1990;8:244-78.
20. Bouvet M. La relation d'objet: névrose obsessionnelle dépersonnalisation. 2nd ed. Paris: Payot; 1985.
21. Houzel D. Le bébé et son action sur l'équipe. *Devenir*. 1997;9(2):7-19.
22. Golse B. Du corps à la pensée. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
23. Geissmann C. Les fondements de la psychanalyse de l'enfant: névrose de transfert et après-coup. *J Psychanalyse Infant*. 1996;19 (Formations):25-47.
24. Dupeu JM. Le psychodrame psychanalytique avec les enfants. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.
25. Rosolato G. L'analyse des résistances. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1979;20:183-215.
26. Bick E. Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int J Psychoanal*. 1964;45:558-66. [Traduction française: Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes. *J Psychanalyse Infant*. 1992;12:14-35.]
27. Pérez-Sánchez M, Abello N. Unité originelle: narcissisme et homosexualité dans le ébauches de l'oedipe. *Rev Fr Psychanal*. 1981;45(4):777-86.
28. Golse B. Structure des états ou structure des processus? Comment le bébé nous invite à un néo-structuralisme. *Le Carnet PSY*. 2004;93:26-32.
29. Alvarez A. Live company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived, and abused children. London: Routledge; 1992. [Traduction française: Une présence bien vivante: le travail de psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes, borderline, abusés, en grande carence affective. Larmor-Plage: Editions du Hublot; 1997.]
30. Golse B, Desjardins V. Du corps, des formes, des mouvements et du rythme comme précurseurs de l'émergence de l'intersubjectivité et de la parole chez le bébé (Une réflexion sur les débuts du langage verbal). *J Psychanalyse Infant*. 2004;35:171-91.
31. Laplanche J. Entretien avec Jean Laplanche (réalisé par Alain Braconnier). *Le Carnet PSY*. 2002;70:26-33.

Recibido para evaluación: 9 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 23 de julio de 2008

Correspondencia
Bernard Golse
Hôpital Necker-Enfants Malades
149 rue de Sèvres, 75015
Paris, Francia
bernard.golse@nck.ap-hop-paris.fr