

Modalidades identificatorias y defensivas en padres con bebés hospitalizados

Myriam Boubli

En el seno de un debate con el equipo de profesionales dentro del marco de un seminario¹ dedicado a los bebés enfermos, me surgió la idea de que, probablemente de manera defensiva, la mirada de la mayoría de los miembros del grupo se orientaba inevitablemente hacia los padres. De no haber cuestionado esta dinámica contratransferencial, esta atención puesta en el entorno del bebé nos hubiera alejado de los objetivos de nuestro trabajo grupal, impidiéndonos orientar nuestra mirada hacia los procesos específicos del bebé, incluso sobre las modalidades de los vínculos que se tejen. Tenía la sensación, si nos basamos en los conceptos de Bion (1961), que en ciertos momentos pasábamos de la dinámica de un grupo de trabajo a un grupo de supuesto básico de ataque-fuga. Lo que se jugaba allí poseía tal fuerza que merecía ser cuestionado. ¿Qué vivían, pues, estos padres, en el vínculo con su bebé enfermo para movilizar tales reacciones contratransferenciales? ¿A qué modalidades defensivas recurrían para sobrellevar esta experiencia, mantenerse vivos y mantener el mejor vínculo posible con este bebé que le es propio?

Cualquier adulto, probablemente aún más si sus procesos secundarios son poco estables, siente su organización psíquica sacudida cuando está en contacto con bebés, y más aún cuando estos bebés sufren física o psíquicamente. El peligro es entonces, para el adulto, de orden narcisista, ya que toca a sus referencias identitarias al ser confrontado con sus modalidades de identificación primarias por un proceso que P. Marty y M. Fain (1954) consideraban del orden de la identificación sensorio-motriz² primaria. La fuerza de lo que se

¹ Se trata de seminarios dedicados a los bebés enfermos en el marco del Instituto de Psicología de París (IPSO) Mediterráneo en el Centro Rotonde (Aix en Provence).

² J.C. Elbez y yo, hemos subrayado el interés de esta noción de identificación sensorio-motriz primaria, en un artículo de la *Revue Française de Psychosomatique* consagrada a la transferencia (2018).

juega, en esta identificación, convoca a la emoción, incluyendo la corporeidad; así, por ejemplo, en los casos de tristeza, ésta puede ir acompañada de sensaciones corporales, incluso somáticas que se le asocian, e incluso la cubren. No nos damos cuenta realmente que estamos tristes, pero sentimos una bola en el estómago.

A través de esta identificación sensorio-motriz, lo que le sucede al bebé tiene un impacto bastante directo en los padres, pero también en los que ejercen la función parental, sobre todo cuando estos bebés enfermos, que se encuentran fuera del lenguaje verbal, se enfrentan a sentimientos muy dolorosos, a menudo persecutorios, que los desbordan, los abaten. Estos sentimientos internos del bebé enfermo, a menudo excesivos, son difícilmente perceptibles y difícilmente decodificables por los padres, por los cuidadores, que necesitan defenderse de ellos, como lo ha demostrado el mito del bebé insensible al dolor por su inmadurez. Esta creencia desmentida en 1987³ encontró resistencia, ya que eliminar la negación del dolor exigía a los cuidadores y a los padres enfrentarse al dolor del bebé y también a las reacciones que provoca en ellos la violencia que la enfermedad, el bebé y el hospital les hace sufrir.

Procesos identificatorios y defensivos desarrollados por los padres

1. Inversiones, negatividad, supresión de vivencias y sentimientos hospitalarios del bebé

Voy a comenzar esta reflexión evocando la sorpresa que me causó el comportamiento de los padres de bebés prematuros que presentan dificultades para dormirse en sus casas una vez que han sido dados de alta. En este contexto, algunos padres regresan al servicio de neonatología para grabar el ruido de las máquinas y así ayudar a su bebé a dormir. Nos indican así, y *après-coup*, el reconocimiento y la introyección por identificación de lo que su bebé ha vivido por fuera de ellos, el reconocimiento de las experiencias que lo han marcado, que han dejado huellas dolorosas pero también positivas en él.

También expresa una forma de gratitud de los padres hacia estas máquinas que han cuidado de su bebé, han hecho una especie de maternaje, manteniendo la homeostasis de

³ Kanwaljeet J. S. Anand mostraron la funcionalidad de la respuesta nociceptiva de 24 a 30 semanas de vida fetal. El profesor Anand también pudo demostrar en 1987 que un buen tratamiento del dolor mejora el pronóstico vital en las cirugías cardíacas mayores.

sus funciones vitales. Me atrevería a decir que la máquina es de alguna manera percibida y aceptada como un posible apoyo a su parentalidad, adoptando la función de una abuela.

Dado que la alianza con las máquinas depende estrechamente de la calidad del funcionamiento mental de los padres, de su capacidad de reconocimiento, de su adecuación a la realidad, de la intensidad de sus proyecciones persecutorias, son más numerosos los padres que, después de salir del hospital no quieren saber más nada de estas máquinas que le robaron a su bebé y lo hicieron sufrir. Por el contrario, estos padres intentan organizar un clivaje, más o menos estable, entre lo que ocurrió en el hospital y lo que pasa en el hogar, entre lo anterior al nacimiento, el *no man's land* del hospital y el presente.

Vemos que se trata de toda una procesualidad de puesta en pensamiento, y la movilización de defensas más o menos proyectivas, más o menos paranoides en función de las heridas narcisistas de cada uno.

2. De lo operatorio a la semiotización de lo somático para ir hacia el apaciguamiento

No es raro que los padres al igual que el equipo de salud que se confrontan a este tipo de clínica recurran a una modalidad de funcionamiento operatorio⁴. Parece que casi todos los padres que son sometidos al shock que genera tener un bebé hospitalizado, sobre todo en los casos graves, necesitan movilizar, en diversos grados, modalidades defensivas de tipo operatorio y/o defensas cargadas de confusión y denegación, para poder mantenerse eficientes frente a su hijo.

Lo operatorio, este trabajo de desmentalización y de desafectación, sería una respuesta defensiva frente a un bebé hospitalizado, un bebé desprovisto e impotente que nos enfrenta dolorosamente a nuestra propia impotencia y a ciertas fantasías cargadas de potencialidades destructivas. La extrema dependencia de los bebés, y en particular de los bebés enfermos, somete al psiquismo del adulto a una dura prueba por el hecho mismo de que se sienten en posición de res-ponsability (2009) y de impotencia relativa.

Muchos padres que se enfrentan a la enfermedad de sus hijos buscan en la curiosidad, en la búsqueda de la comprensión, un apoyo secundario para no desfallecer. Esta movilización

⁴ Se trata de una función defensiva que se manifiesta en un discurso factual, razonable, donde se excluye todo trabajo de la fantasía. Los pacientes que movilizan un pensamiento operatorio tienen dificultades para movilizar y expresar sus afectos, para elaborar los conflictos o para reprimirlos. Se centran en los síntomas físicos, evocan poco sus sentimientos. El contacto con ellos es neutro, se habla de 'relación blanca'.

en el pensamiento puede asociarse a un funcionamiento más o menos desconectado del afecto, más o menos operatorio, pero puede abrirse a otras modalidades defensivas, de tipo búsqueda de comprensión, que no llamaría sublimatorio.

La búsqueda de comprensión de lo que siente y vive su bebé puede explicar ciertos lazos sorprendentes que se tejen entre uno de los padres (o ambos) y las máquinas que ayudan a la supervivencia de su bebé, que les indican parcialmente lo que le ocurre, les ayuda a semiotizar lo somático, a generar datos físicos libidinizantes y así abrir el camino a los autoerotismos. Es de esta manera que algunos padres consiguen trascender la relación con la máquina (elementos inscritos en el monitor, cifras, esquemas, colores, pitidos...) y utilizar estas informaciones dadas sobre el interior de su bebé para movilizar vínculos cargados de vitalidad con él: "Vas bien, sabes, estamos contentos...". Esta información cargada de vitalidad, erotizada permite a los padres dialogar con su bebé incluso cuando está sedado, permitiéndoles dialogar entre ellos y con el equipo. Podemos encontrar aquí, la distinción hecha por Denise Braunschweig y M.Fain (1993) entre apaciguar y calmar en el vínculo con el bebé: «la pulsión de muerte no actuaría en el silencio, sino para restablecer el silencio», declara Fain. Así, una madre que acuna de manera constante, mecánica, puede provocar la calma en el bebé, sin satisfacción, sin libidinización. El bebé se calma por «una forma particular de excitación». A la inversa, una madre que acuna tiernamente también provocaría el cese de los gritos o el dormir del bebé pero en el bienestar. La calma permite que el sufrimiento se interrumpa, sin satisfacción ni distensión sino por sideración de las funciones psíquicas del bebé y poniendo en peligro la integridad de su Yo.

Es esta dinámica cargada de apaciguamiento, que escuchamos en la investidura que hacen algunos padres de la máquina, que se convierte en una prolongación de ellos y cuida a su bebé, una prolongación de la familia y por ello, introduce desde el principio la triangulación.

No todo el mundo está en condiciones de movilizarse para tal trabajo psíquico de enlace; algunos padres desbordados por la angustia, la cólera, la depresión... no lo consiguen.

Se sienten heridos en su narcisismo, en rivalidad con estas máquinas, con el personal, proyectando su culpa, su agresividad considerando que todo este mundo médico secuestra a su hijo, lo corta de ellos, lo deshumaniza, lo convierten en un extraño. Todas estas modalidades proyectivas permiten a estos padres negar el riesgo vital que corre su bebé,

evitar, negar su propia necesidad de ayuda y, de manera más global, su desamparo y su ambivalencia frente a este bebé que les hace vivir experiencias tan dolorosas e hirientes⁵ ...

Para sintetizar podemos considerar que la máquina puede convertirse, en función de la calidad y de las modalidades de investidura, en un espacio de proyección o incluso en un protagonista del universo relacional. Propone signos que pueden ser captados por los padres, signos que hablan de su bebé enfermo, dormido, anestesiado y que le dan noticias de lo que ocurre dentro, en su pequeño cuerpo, al otro lado de la piel, en la vertiente somática. Estos signos podrán tomar sentido, simbolizarse y favorecerían la organización de un discurso sobre el cuerpo del bebé, cuerpo que puede entonces volverse investible, erotizable.

3. Lo somático un protagonista para el psiquismo

La idea comúnmente aceptada es que lo somático precede o moviliza a lo psíquico (Freud, 1915). Nuestra observación de bebés nos lleva a proponer la idea de que lo somático sería más bien establecido por lo psíquico, como un protagonista, incluso un elemento del psiquismo más que como un hueco del mismo. La gran plasticidad del cerebro en estos períodos de vida parece ir en este sentido. El zócalo somato psíquico incluye al objeto: lo esencial de la función materna es permitir el establecimiento de un equilibrio homeostático. Así, las constantes biológicas nos hablan, en parte, de la relación primaria con el objeto primario ya que la homeostasis interna del bebé depende íntimamente del objeto primario.

Como dice Green, la pulsión lleva en ella la vocación de un vínculo con el objeto que es concebido como parte de uno mismo pero que está situado fuera de sí. Este exterior se percibe como un estar dentro. El reconocimiento de lo que está en uno sólo puede llevarse a cabo mediante su reflexión previa sobre el objeto que la reenvía por reflexión, como en la contratransferencia, por ejemplo, ya que el proceso es inconsciente.

La tarea es tanto más difícil que el desamparo primario es irrepresentable y dificulta la representación. ¿Cómo consiguen los padres investir a su bebé que sufre de enfermedades sin esperanzas de curación o de supervivencia?

⁵ Podemos pensar que la herida narcisista del observador y del terapeuta es del orden de un sentimiento contratransferencial.

4. Thomas cinco meses⁶

4.1. Sideración traumática materna y angustia masiva por su peligrosidad interna

Thomas tiene 5 meses, sus padres acaban de enterarse que tiene una enfermedad metabólica: una hipertensión, una espasticidad muscular de origen neuronal, progresiva, cada vez más invasiva y que dificulta su motricidad. Es en este contexto de anuncio de enfermedad grave y no reversible que la madre volvió a embarazarse. Cuando la psiquiatra entra en la habitación, Thomas se acuesta en su cama.

“Me sonrío en cuando me acerco. Tiene movimientos de apertura y de cierre de la boca y saca la lengua como para chupar. El padre está cerca de él apoyado en el borde de la cama. La madre está sentada en una silla, un poco apartada. Los padres no se acercan a Thomas ni lo tocarán en todo nuestro encuentro. Vienen de Aviñón, donde estuvo hospitalizado y donde sufrió mucho. Les fue muy mal en esa hospitalización. Durante dos días, Thomas se doblaba de dolor y *ellos* no hicieron nada para aliviarlo. Aquí, *ellos* tienen la sensación de que está más relajado. Para el padre, Thomas se da cuenta de su estado. Antes de enfermarse, buscaba sentarse, agarraba los juguetes. Le gustaba mucho tener algo sobre su cabeza para dormirse, ya sea las barras de la cama o su mantita que se deslizaba sobre su cabeza. Los padres le acercaron la mantita al cuerpo, pero ya no puede agarrarla.

Thomas gorjea y gime de vez en cuando. El papá me explica que se va a dormir. Siento una queja por parte de este niño y siento a los padres desamparados, no pudiendo venir a aliviarlo. Su mayor preocupación es a nivel motor, la madre dice que si no puede caminar, ni sentarse, entonces... Además, no tendrá problemas desde un punto de vista intelectual, por lo que se dará cuenta de su estado; ¿y si quiere hacer como su hermano y su hermana?”

En el caso de Thomas, en los primeros encuentros, podemos percibir que los padres, en particular la madre, frente a la pérdida de las capacidades motoras de su bebé enfermo, manifiesta una gran dificultad para tocarlo, a pesar de que Thomas mantiene habilidades relacionales y de investidura: sonrío a la psicóloga que entra. En la primera entrevista los padres declaran a la psicóloga que: “Tomás se doblaba de dolor y que *ellos* no hicieron nada para aliviarlo”.

⁶ Se trata de una observación de Cécile Barge, del seminario IPSO Méditerranée.

“Ellos” remite al personal del hospital, cosa que no es el caso en la frase siguiente: “Aquí, *ellos* tienen la sensación de que está más relajado”. El “ellos” refiere esta vez a ellos mismos.

Es probable que los padres se sientan como un ambiente “fallado”, como objetos no transformacionales (Bollas, 1989) ineptos, incapaces de cumplir su misión. Sus reacciones llevan la marca de una herida narcisista. Herida que probablemente da cuenta de que todo su ser es atacado: el no-ser de su bebé les devuelve algo de su propio no-ser. La desobjetalización genera desobjetivación. Para defenderse de esta desobjetivación, recurren a la proyección: proyectan su culpa y sus angustias persecutorias sobre otros responsables, en particular los médicos, el personal del primer centro hospitalario. Esta frágil proyección, funciona entonces como una defensa contra la desobjetivación: no somos nosotros, sino que *ellos* no son humanos.

4.2. El clivaje funcional⁷ al servicio de la reorganización de los vínculos

Durante la observación, la psicóloga declara: “... Siento una queja por parte de este niño y siento a los padres desamparados, no pudiendo venir a aliviarlo.”

Estos padres están todavía sorprendidos por lo que le está pasando a su bebé. La inmensa dependencia del bebé, moviliza a la vez nuestra responsabilidad como adultos y como equipo de salud y genera simultáneamente fantasías en relación a nuestra peligrosidad como también defensas exacerbadas para suprimir y eliminar todo movimiento psíquico negativo.

Un mes más tarde encontramos a la madre de Thomas mucho más adecuada y capaz de hablar de su ambivalencia sin necesidad de recurrir a un proceso proyectivo. Le dice a la psicóloga que ni ella ni su marido podían: “Alzarlo aunque estuviese molesto”.

Incluso añade que a veces tiene ganas de “lanzarlo al espacio”, la observación revela al mismo tiempo una mejor adaptación a su bebé:

“La madre lleva a su hijo en brazos, inclinando su cuerpo hacia adelante. Se lo da a su marido mientras hace una llamada telefónica y Thomas se arquea inmediatamente hacia atrás, llora, gime. El papá le pregunta lo que tiene, parece desamparado. La madre cuelga y se levanta, lo toma de espaldas contra ella y lo acurruca haciéndole como un sillón. Se calma.”

⁷ G. Bayle (1996).

Vemos, que al momento del anuncio, el padre estaba ejerciendo la función materna porque su mujer estaba demasiado desamparada. Ahora que se ha recuperado un poco de este anuncio traumático, él le cede el lugar y ella consigue encontrar los gestos y las envolturas que ayudan a su bebé. Para poder apaciguar a un bebé, hay que estarlo uno mismo mínimamente.

En las observaciones que hemos trabajado, son a menudo las madres las que se encuentran aún más heridas, más desorganizadas por el anuncio de la enfermedad de su bebé probablemente porque han estado durante nueve meses en un vínculo somato-psíquico con su bebé. No han sabido protegerlo en su vientre de ese peligro que ahora lo hace sufrir. Más terrible aún, son ellas quienes se lo transmitieron.

Quién ha transmitido esta enfermedad, quién es el autor de este sufrimiento es una cuestión que se convierte a menudo en un reto, moviliza conflictos, divisiones entre familias, en la pareja. En el caso de Thomas, los análisis indican que ambos padres son portadores de la enfermedad. Que el nuevo bebé que esperan tiene todas las probabilidades de estar enfermo. Los padres deciden una interrupción de embarazo médicamente asistida. A su regreso, la madre imagina que Thomas se dio cuenta de que eligieron no continuar con el embarazo de este bebé portador de su misma enfermedad. "Se pregunta si Tomás habrá pensado en lo que hubieran hecho de haber sabido con él".

En esta observación de Tomás, también podemos notar hasta qué punto puede ser masiva la proyección de nuestros pensamientos sobre un bebé, hasta qué punto los padres recurren a procesos primarios incluso cuando están bastante bien secundarizados. Una parte de negación es también necesaria para la supervivencia psíquica de los padres, para su vínculo, para su capacidad de seguir invistiendo a su bebé. Esta negación se refleja en las palabras de los padres, que critican la negación de la abuela mientras evacúan ellos mismos el riesgo vital que corre Thomas:

"Lo más difícil es aceptar que sea diferente. Su madre no se da cuenta, sólo piensa en la dieta, pero no se da cuenta de que puede que nunca camine."

Thomas se despierta. Nos acercamos a él. Le digo hola. Me mira, me sonrío, me gorjea. Sus manos están más abiertas, menos tensas. La madre me dice que la «ignora». Como estoy ahí, no la mira. Observo que efectivamente evita su mirada. Parece muy afectada por esta situación."

La madre interpreta esta situación del lado de la rivalidad en lugar de enfrentarse psíquicamente a esta situación cargada de dinámicas primarias hirientes: Thomas percibiría su incapacidad para ayudarlo, para salvarlo, peor, imaginaría su deseo de muerte y por ello evitaría la mirada. Percibimos la angustia de la madre en cuanto a su ambivalencia e incluso

su peligrosidad con respecto a su hijo, cuya enfermedad sería una especie de confirmación. Sin embargo, durante la hospitalización, la supresión de los afectos parece menor, favoreciendo una mejor adaptación de la madre a su bebé, una nueva forma de ajustarse eficazmente a la realidad actual de su bebé.

Paul 6 meses⁸:

Paul llega al CAMSP a los 3 meses, enviado por un hospital de Marsella.

Los padres, primerizos, habían programado un embarazo reuniendo todas las condiciones favorables para un buen parto. Poco antes del parto, la madre se dirige a la maternidad por "pérdidas incontroladas". Sufre una cesárea⁹ de urgencia. Al nacer su bebé presenta un conjunto de trastornos graves (de orden metabólico, respiratorio, vasculo cerebral, que afectan las zonas de la movilidad y las emociones.) Paul pasa en muy poco tiempo de la maternidad elegida con cuidado por los padres al hospital de Aix en Provence y luego, en su tercer día de vida, al hospital de Marsella donde permanecerá 8 días en reanimación y luego un mes en neonatología.

Sabiendo la intensidad de lo que se juega, para un bebé y sus padres, en estos primeros días después del nacimiento, apenas nos atrevemos a imaginar las experiencias catastróficas de los unos y los otros.

El trabajo con niños con discapacidades graves nos enfrenta, al igual que a los padres, a una temporalidad muy particular. Es necesario, en parte, olvidar o negar la temporalidad para mantener viva nuestra capacidad a invertir, a mantenernos en un dinamismo psíquico cargado de esperanza, permaneciendo atentos a modificaciones poco visibles por un ojo imprudente.

De este modo, podemos sentir mejor lo que les sucede a estos padres que se enfrentan, en su vida cotidiana, a las incapacidades de su hijo y a las comparaciones inevitables con otros niños de la misma edad que ponen en peligro su capacidad de negación parcial. Para poder "sobrevivir" psíquicamente, no desorganizarse psíquicamente, sostener la investidura de este bebé que por otro lado nos hiere narcisísticamente, es importante respetar ciertas modalidades defensivas primarias a las que recurren.

⁸ Se trata de un caso trabajado por el equipo del CAMSP d'Aix en Provence (seguido por Myriam Tosquella, psicóloga, Olivia Féraud, psicomotricista, Fabienne Pujol, kinesióloga), propuesto a 3 voces en el seminario IPSO Méditerranée.

⁹ Lo que permitió una intervención rápida (¿que probablemente salvó la vida de Paul?).

5. Emergencia de potencialidades representacionales en el objeto

Durante el primer encuentro con la psicóloga y la pediatra del CAMSP, la mamá logorréica, parece muy operatoria, hablando poco de afectos para concentrarse en la enumeración de enfermedades, eventos y curaciones a realizar. Sin embargo, su funcionamiento operatorio no es estable, como ya lo señala su logorrea; cede su lugar rápidamente al enojo cuando habla del hospital. El padre, más silencioso, le presta atención al bebé y se ocupa de él. Interpreta cualquier expresión sonora, queja del bebé, como un pedido de biberón. En el segundo encuentro con la psicóloga y la psicomotricista, los padres, inquietos porque su hijo no come, son intrusivos a nivel de la alimentación. Sentimos en esta intrusión, sobre todo en la madre, enojo contra este bebé que imagina hostil: rechaza su leche, leche que ella se obliga a sacarse regularmente. Su imposibilidad a beber, a absorber, son sentidas como oposiciones y ataques hacia ella.

“El padre le da de comer finalmente a Paul. Hace fuerza para que la tetina entre su boca, que Paul toma mientras se agarra a la mirada de su padre. Luego la larga, el padre se levanta para hacerlo eructar. Paul parece dormirse. La madre dice entonces que se hace el dormido. Para verificar, le pone un chupete en la boca que agarra. “¿Ven?” dice.

Es el final de la consulta, los terapeutas se sienten conmocionadas y la psicóloga dice sentir, físicamente, una sensación de asco ligada a la experiencia de forcejeo. Se trata de una identificación sensorio-motriz primaria al bebé. La consternación de los terapeutas remite a la sentida, pero no concientizada por los padres. Tanto los terapeutas, como los padres y Thomas se encuentran desbordados por un exceso de excitaciones inmanejables. Aquí no hay afecto compartido, sino trauma.

En nuestro seminario, después de la presentación del caso, la reacción inmediata del grupo, fue la de lanzarse a una forma de cuestionamiento médico, intento de distanciarse de la experiencia de catástrofe de este bebé y de esos padres con los que era penoso identificarse. En un segundo momento la atención del grupo se centra en la manera en que la mamá mantiene a su bebé a distancia. Luego, en un tercer tiempo más reflexivo, poco a poco nos damos cuenta de que, en esta necesidad de saber y comprender, nos habíamos identificado por completo con las modalidades defensivas de la madre, cortándonos como ella del afecto, recurriendo a defensas de tipo operativo y proyectivo.

En nuestro seminario, es a través del prisma de lo que se jugó contra transferencialmente que conseguimos comprender mejor la dinámica psíquica de los padres.

Nos dimos cuenta entonces que en estos universos donde los aspectos representativos están más bien situados del lado de la sensorio-motricidad, es en los terapeutas, grupos de

supervisión..., que la calidad de los conflictos y de las defensas pueden ser apreciadas, representarse. Percibimos mejor, sentimos debería decir, con qué fuerza la cuestión de los límites uno mismo-no-uno mismo, la cuestión de la diferenciación (en gran parte como resultado de la dependencia extrema, y de los niveles de regresividad a los que volvemos por el simple hecho de enfrentarnos a bebés) vuelven a movilizar nuestros sufrimientos infantiles y nos interpelan sobre nuestra responsabilidad hacia el bebé.

6. Representación y negación en el equipo de salud

Algo bastante sorprendente, durante mucho tiempo, en esta presentación de casos a tres voces (Psicóloga, psicomotricista y kinesioterapeuta), no se propone ninguna descripción del bebé antes de la edad de 6 meses, momento en que la kinesioterapeuta interviene como nuevo orador. Lo suprimido, "éticamente incorrecto", se levanta: "Verás, es un bebé impresionante". Paul tiene 6 meses.

"Descubro una cabeza grande como atrapada contra los bordes del huevito, ojos inmóviles como su cuerpo, sólo los labios se mueven alrededor del chupete.

Me quedo un momento inmóvil y silenciosa. Me atrapa el aspecto inmóvil y masivo de este bebé que parece mayor que 6 meses. Me digo que no parece un bebé, que no es lindo."

Es común que con bebés enfermos, discapacitados, y sobre todo si su vida está en riesgo, un trabajo de supresión impida hacer una descripción física que implique al afecto y que iría en el sentido contrario de la negación permitiendo que se expresen sentimientos de distanciamiento, incluso de rechazo (sentido contra transferencial, en identificación con los padres). En esta misma dinámica, es frecuente también que el nombre del niño se utilice poco en beneficio del genérico el bebé o el niño. Las proyecciones negativas se concentrarán, sobre todo en la madre, que se considera inadecuada.

A lo largo del seminario, fuimos poco a poco dándonos cuenta de que la violencia de las reacciones de la madre de Paul parecía estar ligada a su menor capacidad a activar sus defensas de manera eficiente, a "olvidarse", a abstraerse de la temporalidad efectiva. No tiene suficiente capacidad para negar, y mucho menos para rechazar. Se encuentra en una situación de urgencia, confrontada a las incapacidades de su bebé en el cotidiano, a las comparaciones con los niños de la misma edad. En situaciones traumáticas, la adaptación requiere del recurso de defensas primarias cuya presencia indica la flexibilidad del funcionamiento mental de los adultos encargados de cuidar al niño. La madre de Paul no

tiene esta flexibilidad, se debate en una gran angustia, por eso apela a fórmulas imperativas que no tienen en cuenta las posibilidades de su bebé, pero acusan la incompetencia de los profesionales que a pesar de todo están investidos. Por ejemplo, señala que Paul aún no ha adquirido la posición sentado y le gustaría que se hiciera rápidamente.

Desde una concepción psicósomática, podemos decir que esta madre presenta defensas de carácter que la ayudan a no desorganizarse somáticamente. Veamos qué sucede cuando Paul tiene dos años y un mes en una sesión con la psicomotricista.

“La madre de Paul está en la sala de espera y conversa con Gisèle, nuestra asistente de puericultura que tiene a Paul en sus brazos.

Le doy mis mejores deseos a Paul y a su madre. Ella baja los ojos y hace puchero. Me cuenta que Paul no quería estar en sus brazos, que está mucho mejor con Gisèle y me dice «vamos a llevarlo con nosotras a la sesión de psicomotricidad». Paul está acurrucado en los brazos de Gisèle y la mira. Finalmente, la madre toma a Paul en sus brazos mientras yo empujo el cochecito.”

Vemos de inmediato cómo los intercambios sociales ritualizados y en principio banales son para esta madre recordatorios de la crueldad de lo que vive. Confiará a Olivia (psicomotricista) que para colmo, durante las vacaciones se ha enterado que su hijo presenta “una cardiopatía además de todo el resto”. Hay por qué hacer puchero...

Es probable que estos repetidos anuncios de catástrofes movilicen, además, de manera más o menos consciente las fantasías y los deseos de muerte por parte de los padres. A estas repetidas heridas narcisistas “de haber hecho” un niño con tan gran dificultad, se agrega el dolor (¿en el espejo?) en la madre, de no sentirse amada por él.

“Me cuenta que Paul no quería estar en sus brazos y que está mucho mejor con Giselle”

Para la madre, se trata de una confirmación más de su inadecuación para ser una madre amorosa y amada, a pesar de los considerables esfuerzos que hace para ocuparse de su hijo. Esto lo confirmamos por la manera en que interpreta las producciones sonoras cargadas de “mm” de su hijo. No es a ella a quien llama por esos sonidos, sino a su *doudou*¹⁰.

Esta es la sesión con la psicomotora.

“Paul y sus padres me esperan en la sala de espera. Paul está en su huevito: duerme profundamente. El papá dice que se quedó dormido en el auto.

Dice que va a despertar poco a poco. Al llegar a la sala de psicomotricidad, deja a Paul en la alfombra y se aleja de él.

¹⁰ NT: Objeto transicional.

Le digo a Paul que duerme profundamente, pero que según papá pronto despertará. Unos minutos después, Paul se despierta. Tiene el chupete en su boca. Sonríe, se estira. Comentamos con sus padres su despertar. "Te estiras", dice su mamá. «Sonríes», dice su papá. «Parece un agradable despertar», digo yo.

Paul se extiende en toda su longitud en la alfombra. Poco a poco aparecen los movimientos de la parte inferior de su cuerpo y, como suele hacer muy a menudo, activa sus piernas y golpea el suelo con ellas. La mamá dice "ve, haz el *tour de France*" en referencia a los movimientos de pedaleo de Paul.

Con 2 palos de madera en la mano le propongo a Paul pequeños golpes sobre todo su cuerpo. Estos palos emiten al hacerlo un sonido pero también vibraciones al tocar el hueso.

Paul me mira con mucha atención y me sonríe. Parece apreciar esos golpes que imprimo en su cuerpo. Sigue con la mirada los palos que recorren su cuerpo. Es nuevo que Paul vaya a mirar el espacio delante de él con mucha intención. Paul se deja llevar y facilita mi propuesta relajando su brazo izquierdo en un primer momento. Luego su brazo derecho se abre poco a poco. Parece más difícil para él, pero hoy Paul acepta ser tocado en este lado. La mano izquierda agarra uno de los palos y yo le ayudo a atrapar al segundo con su derecha. Paul acepta dejarse guiar por mis movimientos de juntar las manos en su centro (tórax). Le voy comunicando los movimientos que hace con su cuerpo. Me siento muy conmovida y tengo la sensación de que *mis pelos se erizan*¹¹. De hecho, conmovida por su progreso y sus inmensas ganas de hoy.

Papá y mamá observan a Paul moverse y se hacen comentarios susurrando. Es raro que mamá y papá observen y no hablen. Papá puede decir a su esposa "mira, ¿has visto que ha abierto la mano?" y mamá también puede decirle "mira, golpea" "Es o no es un niño inteligente?"

Un momento de descanso para Paul. Le propongo que se relaje y se mueva como quiera. Retoma sus movimientos de piernas, sonríe y gorjea. Mientras está sentado en una silla, papá masajea a mamá en el suelo.

Propongo a Paul rodar pelotas y él acepta. De su madre hacia una pelota sonora o de la pelota hacia mamá. Mamá está en el suelo. Paul está en una fase de alerta y de orientación muy franca cuando hago sonar la pelota campanilla. Estoy muy sorprendida por su respuesta de hoy y el clima positivo que reina en la habitación.

Al rodar, Paul nota un recipiente lleno de cosas (arroz, pluma, perla). Atenta a su mirada que marca su atención hacia el objeto lo guío para que pueda sentarse. El recipiente está

¹¹ Bonito lapsus que otorga a la vez la fuerza de la emoción y por primera vez algo del choque estético, tanto la terapeuta como los padres se dejan seducir por Paul.

más de su lado derecho. Paul sumerge su mano izquierda. Su mano derecha tiene el puño apretado, pero también está en el recipiente. Comento con vivacidad los efectos que el arroz, las plumas pueden hacer sobre su cuerpo. Paul se divierte, sonrío y hace sonidos. Alterno las sollicitaciones a la derecha y a la izquierda moviendo el recipiente. Paul es activo y mira atentamente el contenido. Estoy un poco a sus espaldas en ese momento. Parece que Paul me busca con su mirada y esboza una ligera rotación del lado derecho. Le señalo sus movimientos y le digo que quizás me está buscando. Sonríe.

Le propongo una pausa. Paul está acostado en la alfombra. De su boca salen "Mmmmm". Le digo "¿es mamá a quien llamas?" Mamá me dice que no. Es su chupete lo que reclama. Lo llama "Mmmmm".

Esta forma de negación pone en evidencia lo que el investimento de su bebé despierta en la madre: si ella imagina que no la inviste, es doloroso, pero también más fácil de no investirlo tampoco, la hace sentirse menos responsable. Una vez más, la proyección está en marcha, favoreciendo un trabajo de des-transicionalización. El chupete no estaría cargado de la investidura materna sino suplantando al objeto materno¹².

Se plantea la cuestión de si hay que responder a su demanda o de al menos hacerle entender que entendimos lo que quería. Mamá dice que se lo dice, pero que espera que él se queje mucho para dárselo. Papá no parece estar de acuerdo con su esposa y retoma. "No está bien, hay que dárselo para que sepa que lo entendimos." Mamá se cuestiona. Pero sin decir nada, me lo da. Paul sonrío cuando el chupete se acerca. Lo toma con la mano pero no se lo lleva a la boca.

Paul está sentado en una plancha de madera bajo la que hay pelotas de tenis. La plancha rueda. Es la primera vez que le propongo a Paul esta exploración. Sentado, Paul parece incómodo y necesita un gran apoyo para mantenerse en esta posición. Decido acostarlo mientras se queja. Paul sonrío y vuelve a encontrar sus movimientos de la parte inferior del cuerpo. Golpea la madera cuando se encuentra puesto de lado, de espaldas a mí y golpeo a mi turno. Digo "te toca" y Paul golpea. Podemos intercambiar golpes durante dos largos minutos. Mamá puede decir "¡bravo, bravo, bravo!" "Este es mi hijo". "¿Eres inteligente entonces?" Yo también estoy impresionada por lo que acaba de ocurrir entre este niño y yo. Al final, yo también le verbalizo a Paul «bravo». Se da vuelta hacia mí.

Paul parece darse cuenta al parar el movimiento que la plancha de madera se mueve cuando él también se mueve. Su rostro se muestra abierto, sorprendido y luego sonriente.

¹² Winnicott hace en un momento la hipótesis aberrante de que el niño preferiría el objeto transicional a su madre.

Le digo a Paul y sus padres que es el final de la sesión. Paul debe ser cambiado porque se hizo en el pañal. El papá lo instala en la alfombra y «mimosea activamente» a su hijo. Paul se ríe y sigue los movimientos de su papá (besos a la derecha en el cuello y luego a la izquierda). Paul se dobló sobre uno de sus lados. Como si significara que ya era suficiente. Intento verbalizar describiendo "ah Paul, ¿le das la espalda a papá?". Pero papá continúa hasta que Paul se queja. Mamá, al ver la escena, se acerca a la alfombra y empieza a ordenar, haciendo comprender a papá que Paul estaba cansado y que era hora de irse."

7. La identificación sensorio-motriz favorece la identificación al bebé y su investimento

Encontramos a los padres de Paul más calmados, más en el afecto compartido. El hecho de que la pareja esté presente, preocupándose el uno por el otro permite a la psicomotricista concentrarse en Paul. Su capacidad al observar a su hijo y tener en cuenta lo que a él le ocurre, fuera de ellos, señala que, a través de la institución CAMSP y del trabajo que se realiza en ella, se ha introducido un elemento tercero en una relación que hasta ahora parecía dual. Hemos asistido a una sesión en la que los ritmos de cada uno coinciden con los de los demás, donde la urgencia parece menor. Un clima sereno se instala desde el comienzo tranquilo de la sesión, gracias al padre que respeta el sueño de Paul, a la madre que acepta dejarse apoyar y apaciguar¹³ y a la psicomotricista que transmite la palabra del padre a Paul. La presión parece menos importante para ella, que puede trabajar tranquilamente, ya que el padre sirve de para-excitación a la madre. Esta vez, los padres se mostrarán capaces de observar, respetar y reconocer con placer el trabajo que se realiza entre la psicomotricista y Paul.

En esta sesión, asistimos en directo a diversas identificaciones de tipo sensorio-motrices,

- El relajamiento de Paul tiene un efecto de apaciguamiento sobre todos los adultos. Podemos ver, por el contrario, lo que provoca un niño que no está bien.

- La confianza de Paul moviliza una emoción sensorio-motriz en la psicoterapeuta que nos ayuda a comprender mejor cómo los procesos de metaforización surgen de sensaciones físicas y movilizan representaciones que surgen del cuerpo y se inscriben en él.

¹³ Tolera la posición femenina.

"Paul acepta dejarse guiar por mis movimientos de juntar las manos en su centro (tórax). Le voy comunicando los movimientos que hace con su cuerpo. Me siento muy conmovida y tengo la sensación de que mis pelos se erizan."

- Los padres emocionados también, renarcisizados por una vez por su hijo, observan y susurran para no perturbar la sesión. Percibimos, en la madre, un comienzo de desplazamiento de las proezas motrices sobre el intelecto, lo que facilita el investimento de su hijo.

- El padre masajea a la madre como para ayudarla a "soltar", no en una modalidad anal sino en posición femenina. Ella suelta temporalmente su agarre muscular, su rigidez. En una dinámica en doble, se puede observar la identificación sensorio-motriz de la madre con su bebé. Al dejarse maternalizar por su marido puede estar más a la escucha de Paul al final de la sesión,

- Se sigue un bello trabajo de enlace y de contención impulsado por la psicomotricista con su pelota de cascabel. En la sesión, cada uno contiene al otro con alternancias de pasividad y actividad, estando el padre contenido por su identificación con la psicomotricista.

- En este contexto, ¿cómo pensar la excitación paternal en la escena de los besos al final de la sesión? ¿Ha estado mucho a la escucha de su esposa y no se ha sentido sostenido? ¿Recupera la dinámica del exceso, como la terapeuta que pidió demasiado a Paul? ¿Podría tratarse también del paso de una función materna a una función paterna, un pasaje del mimo al juego excitante en forma de rivalidad masculina? ¿El padre se permite molestar a su hijo, sintiéndolo más fuerte? Vemos que se opera una forma de homeostasis interna de esta pareja cuyo funcionamiento desconocemos antes del terremoto que fue la llegada de Paul.

Este trabajo muestra la necesidad vital para los padres de recurrir a ciertas modalidades de defensas primarias que los mantiene lo más adecuados posible para responder a las llamadas de su bebé. El recurso constante a defensas de tipo operatorias es de otro orden, se trata de defensas de supervivencia que se sitúan en la dinámica de lo negativo, movilizador de de-simbolización, de de-subjetivación ... (como se ve muy bien en la madre de Paul cuando se desconecta de su hijo a través de los conocimientos médicos, enfermeros...)

No es casual que esta noción de negativo, haya sido creada por un psicoanalista interesado en los bebés (Winnicott) para ser luego desarrollado brillantemente por Green movilizado por la clínica de los estados límite. Aquí se ve toda la reflexión que esta clínica del bebé puede movilizar en psicoanálisis y psicósomática.

Año 2020, N° 27

Resumen

Para sobrevivir psíquicamente y no desorganizarse somáticamente, para protegerse de la violencia de la enfermedad que afecta y hace sufrir a su bebé, los padres necesitan recurrir a defensas primarias. Estas defensas les permiten ajustarse lo mejor posible a su bebé hasta que sus identificaciones sensorio-motrices se descongelen. El recurso masivo a defensas de tipo operatorio es de otro orden ya que favorece procesos en la dinámica de lo negativo, de la de-simbolización, de la de-subjetivación creando desorganizaciones somatopsíquicas.

Palabras Clave

Identificaciones sensorio-motrices, bebés hospitalizados, sufrimientos somato-psíquicos familiares, defensas primarias, semiotización de lo somático, de-De-simbolización, de-subjetivación.

Identifying and defensive modalities in parents with hospitalized babies

Abstract

In order to survive psychically and to avoid somatic disorganization, parents need to resort to primary defenses. These defenses protect them from the violence of the disease which affects and makes their babies suffer and allow them to best adjust to their babies until their sensory-motor identifications thaw. The massive recourse to operative-type defenses is of a different order because it favors processualities in the dynamics of the negative, of de-symbolization, of de-subjectivation creating somatopsychic disorganization.

Keywords

Sensorimotor identifications, hospitalized babies, family somatopsychic suffering, primary defenses, somatic semiotization, de-symbolization, de-subjectivation.

Modalités d'identifications et de defenses chez des parents dont les bébés sont hospitalisés

Résumé

Pour survivre psychiquement et ne pas se désorganiser somatiquement, pour se protéger de la violence de la maladie qui atteint et fait souffrir leur bébé, les parents ont besoin de recourir à des défenses primaires. Ces défenses leur permettent de s'ajuster au mieux à leur bébé jusqu'à ce que leurs identifications sensorio-motrices se dégèlent. Par contre, le recours massif, sur un temps long, à des défenses de types opératoires, mobilise des processualités dans la dynamique du négatif, de la dé-symbolisation, de la dé-subjectivation créant de la désorganisation somatopsychique.

Mots clés

Identifications sensorio-motrices, bébés hospitalisés, souffrances somato-psychiques familiales, défenses primaires, sémiotisation du somatique, dé-symbolisation, dé-subjectivation.

Bibliografía

- G. Bayle, (1996). Les clivages. Rapport au Congrès des Psychanalystes de Langue Française, mai 1996, In *Revue française de Psychanalyse*, tome LX.
- W.R. Bion (1961). *Recherche sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965 pour la trad. fr.
- Bollas, C., (1989). L'objet transformationnel, In *Revue française de Psychanalyse*, n°4, 1181-1199.
- Boubli, M., Efrat, D., (2009). Une modalité de lien précoce et son devenir, le lien de response-ability. *Le Divan Familial* 2009/1 (N° 22), p. 47 – 64.
- Boubli, M., Elbez, J.C., (2008). Un modèle de transpulsionnalité : la mère annihilante. *Revue Française de psychanalyse*, 2008/5 (Vol. 72)
- Boubli M, Elbez J.C. (2016). Del impacto de la contención como modalidad del cuidado psíquico en un neonato hospitalizado. *Revista Iberoamericana de Psicología* No 15.
- Boubli, M., Elbez, J.C., (2018). Transfert et identification sensori-motrice en psychosomatique. *Revue Française de psychosomatique*, 2018 (Vol. 53), p.61-80.
- Braunschweig D. et Fain M. (1975). *La Nuit, le Jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris, PUF, p. 195.
- Debray R., 1991. Mère et bébé en détresse: comment négocier l'angoisse, *Revue Française de Psychanalyse*, 1991, 55, N4
- Efrat D. (2005). Response-ability and Response-inability Within the Therapeutic Relationship. *Thèse soutenue en juin 2005 à New-York*.
- Elbez J. C. (2009). Entre psyché et soma : le corps / Jean-Claude ELBEZ in *Bulletin du groupe Méditerranéen de la Société Psychanalytique de Paris*, n° 18.
- Fain M. (1993). Spéculations métapsychologiques hasardeuses In *RFPsychosomatique* n° 20
- Freud S. (1915). Métapsychologie In *OCF P XIII 1914-1915* Paris, PUF.
- Green A. (1995). Sources, buts, objets de la violence, in *Destins de la violence, Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n°18.
- Green (1995). *La causalité psychique*, Paris, Odile Jacob.
- (en) KJS Anand, Hickey, Pain and its effects in the human neonate and fetus, *The new Engl journal of medicine*, no 317(21), 1987, p. 1321-1329 (DOI 10.1213/01.ANE.0000048362.63828.8D, lire en ligne [archive])
- (en) KJS Anand, WG Sippell et A. Aynsley-Green, Randomized trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on stress response. *Lancet*, no (1?), 1987, p. 62-66 (DOI 10.1016/S0140-6736(87)91907-6, lire en ligne [archive])
- Marty P. Fain M. (1954). Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet, *Revue française de Psychanalyse*, t. XIX, no 1-2, 1955, Pp. 205-284.
- Winnicott D. (1961), La théorie de la relation parent-nourrisson In *Revue Française de Psychanalyse* tome 25, 1, Pp 7-26.