

NIÑOS Y ADOLESCENTES

TRASTORNOS DEL VÍNCULO TEMPRANO Y PATOLOGÍAS SEVERAS.

Dr. Fernando Grinberg
Sociedad Psicoanalítica de Mendoza
Aguado 351. Mendoza. Tel 0261 4230566
Médico psiquiatra y psicoanalista.

Es sabido que perturbaciones tempranas en el vínculo madre-bebé pueden acarrear como consecuencia, más tarde o más temprano, diversas patologías mentales, algunas de ellas muy severas como el autismo y otros cuadros psicóticos infantiles. Más tarde pueden aparecer esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos, drogadicciones, trastornos bipolares, trastornos de personalidad borderline, etc. Una atención especial merecen las depresiones tempranas –producidas dentro de ese vínculo- de manifestaciones diferentes a las observadas en los niños de mayor edad.

APORTE DE ALGUNOS AUTORES.

M. Klein (1934) había observado que tanto niños como adultos que sufren depresiones poseían en su mundo interno objetos moribundos o muertos (especialmente los padres) y una identificación del yo con objetos en esta situación. Señala que desde el comienzo mismo del desarrollo psíquico hay una constante correlación entre los objetos reales y aquellos instalados dentro del yo. Más adelante explica que “los procesos internos que posteriormente se definen como “pérdida de amor” y llevan a la depresión están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado (durante el destete y en los períodos que lo preceden o lo siguen) en poner a salvo un buen objeto internalizado y no haberlo poseído”. Las manifestaciones de la depresión en el bebé son muy inespecíficas, propias de su inmadurez emocional por lo que se hace necesario observar el cuadro en su conjunto, es decir el vínculo madre-bebé. Una contribución de Elizabeth T. de Bianchedi al hablar del “bebé kleiniano” nos facilita la comprensión de lo que puede estar ocurriendo en la mente del bebé. Dice “... el “bebé kleiniano” de tres a seis meses puede llegar a estar convencido, en momentos críticos, de que la ausencia de su

madre se debe al daño mortal que ella sufrió a causa de su hostilidad no controlada, creer que en su interior ella está muerta y que ha perdido para siempre su única fuente de vida y sustento, y por lo tanto cae fácilmente en la desesperación y en el desaliento más completo”.

RENÉ SPITZ Y LA DEPRESIÓN ANACLÍTICA.

Spitz describe dos grandes cuadros: el de la depresión anaclítica y el hospitalismo. Voy a ocuparme del primero. Spitz coloca la depresión anaclítica dentro de lo que él llama “enfermedades defectivas emocionales del infante” y vincula este cuadro depresivo del bebé a la ausencia física de la madre por enfermedad, muerte o hospitalización de aquella o por hospitalización del bebé o cuando el sustituto materno es inadecuado o inexistente. Incluye en esta “ausencia de madre” a aquellas que aún estando presentes privan a su hijo del suministro emocional normal. Estas observaciones coincidirán, aunque con elaboraciones teóricas distintas, con las de Donald Winnicott. No obstante considerando lo incompleto del aparato psíquico del bebé y de los factores etiológicos específicos de los lactantes que padecen este síndrome, a Spitz le fue necesario diferenciar este cuadro del concepto nosológico de depresión en adultos por lo que denominó a este cuadro “depresión anaclítica” inspirado en un concepto de Freud, el de la elección anaclítica de objeto que describe en “Introducción al Narcisismo” por oposición a la elección de objeto narcisística destacando que “... ese apuntalamiento (del griego “anaclisis”, apoyarse en, acostarse sobre) sigue mostrándose en el hecho de que personas encargadas de la nutrición, el cuidado y la protección del niño devienen los primeros objetos sexuales: son, sobre todo, la madre o su sustituto”.

DONALD WINNICOTT.

Si bien este autor se inspiró en parte de su obra en los escritos de M. Klein, discrepó con ella en cuanto a que consideró a las fallas ambientales (básicamente la relación madre-bebé) como la principal etiología de distintos cuadros psicopatológicos. Dice Winnicott que el niño de los primeros meses se encuentra inserto en un contexto familiar viviendo una vida instintiva dentro del marco de las relaciones interpersonales. Señala que “El bebé, por su parte es sostenido por la madre la cual seguirá sosteniéndolo durante una fase de su vida”. Nos encontramos así ante uno de los conceptos centrales de Winnicott: el de sostén o holding”.

OTROS AUTORES.

La capacidad de percibir las necesidades del bebé tal como lo explica Winnicott se acerca a alguna de las ideas de Bion (aunque con conceptualizaciones distintas) cuando este autor habla de la madre con capacidad de “reverie”, es decir de ensoñar, interpretar correctamente y satisfacer adecuadamente los requerimientos y reclamos del bebé. La falta de “reverie” trae como consecuencia el tipo de problemas que estamos estudiando. En una línea de ideas parecidas y desde otra óptica, Michael Balint propuso el término de la “falta básica” en el sentido de que a estos sujetos les “falta algo” que debió ser provisto en edades muy tempranas. Los conceptos de Balint son útiles para poder comprender ese sentimiento de vacío que suelen sufrir algunos pacientes muy perturbados, sobre todo drogadictos, que tratan de “llenar” ese vacío con el uso de drogas o de alcohol, aunque es posible llegar a la misma conclusión a través de las conceptualizaciones de los otros autores ya mencionados.

ALGUNAS VIÑETAS ILUSTRATIVAS.

CASO A.

Laura fumaba marihuana e inhalaba cocaína desde hacía dos años al momento de la consulta, aunque desde hacía cuatro tomaba psicofármacos que le hurtaba a los padres. Lo que motivó aquellas primeras ingestas de fármacos fue una fuerte depresión que sufrió cuando el chico de quien estaba enamorada la abandonó. No hubo ninguna consulta a un profesional ni por iniciativa de ella ni de los padres. Dos datos referidos a los padres: la madre sufría una depresión de larga data. La abuela materna falleció cuando Laura tenía un mes, tiempo en que también a la madre se le corta la leche y queda interrumpida la lactancia materna. En su infancia Laura sentía que no podía recurrir a su madre porque siempre estaba deprimida y por lo tanto no disponible para ella. El padre tenía un trabajo que le permitía viajar con frecuencia y lo hacía particularmente cuando había algún problema en el hogar, por lo tanto el padre tampoco estaba disponible. Laura buscó contención en sucesivas parejas, en un grupo de artesanos y en la droga.

CASO B.

Cuando lo atendí por primera vez Pedro tenía 12 años. Ya lo habían visto varios médicos clínicos y comenzaban las consultas a psicólogas y psiquiatras. Sufría fobias y ataques de pánico muy frecuentes, sobre todo cuando escuchaba ruidos intensos como

truenos, motores de motos o aviones, etc. Apenas si salía a la puerta de su casa. Lo vi por un tiempo muy breve. Volvieron a traérmelo algunos años después. Pedro había empeorado. Siendo todo un adolescente no salía a ningún lado sin estar acompañado por su madre o algún familiar mayor. Poco más adelante se alternaron cuadros depresivos severos con episodios psicóticos, delirios paranoides y cuadros confusionales. Entre sus antecedentes figuran una depresión post parto de la madre a lo que se sumó una hiperbilirrubinemia por lo que estuvo alrededor de diez días en neonatología sometido a luminoterapia. A la ictericia le siguieron una serie de enfermedades de la infancia y la madre me confesó que en aquellos momentos de los primeros meses no quería encariñarse con Pedro por temor a que se muriera.

CASO C.

Lo que determinó el ingreso de Gonzalo al mundo de las drogas fue una depresión por un desengaño amoroso aunque –es obvio señalarlo- el terreno ya estaba abonado. Me resultó sorprendente ver cómo a estos padres se le pasó desapercibida esta depresión como también otros episodios depresivos severos de Gonzalo. Desengañado de sus padres buscó apoyo y contención en un grupo de chicos también drogadictos o bien en su novia (sucedáneo materno). Gonzalo se sostenía en sus afectos, y cuando éstos le fallaban él se derrumbaba. Algunos antecedentes: al mes de nacer fallece su abuelo materno, a la madre se le corta la leche y queda interrumpida la lactancia materna. Tres meses después la madre queda embarazada nuevamente y además ante una amenaza de perder al bebé se ve obligada a guardar cama durante los últimos tres meses de embarazo, lapso durante el cual otras personas tuvieron que hacerse cargo de Gonzalo. Obviamente el nacimiento de su hermanito para Gonzalo fue un hecho catastrófico.

CASO D.

Los padres me traen a Pablo en su adolescencia temprana. Desde pequeño y aún más en esta edad presentaba una conducta violenta. Sus principales víctimas eran sus hermanos. De conducta antisocial, fue expulsado de varias escuelas. Sus dibujos tenían un contenido siniestro (por ej. escenas de canibalismo). En esta edad ya se enfrentaba duramente con el padre pero a la madre la cuidaba y el peor castigo para él era que aquella no le hablara. No se hacía cargo de las consecuencias de sus actos sino que los demás eran siempre los culpables. Después de algunas entrevistas diagnósticas se negó a iniciar un tratamiento. Volvieron a traerlo algunos años después. Por entonces ya

había cometido algunos actos cuasi delictivos, sufría períodos de depresión en los que aparecían conductas suicidas y se drogaba. Como antecedentes, Pablo nació prematuro, con algunas complicaciones por lo que estuvo en incubadora 15 días. Por otra parte la madre hizo una depresión posparto y a diferencia de su relación con sus otros hijos con Pablo le costó siempre conectarse.

COMENTARIOS.

Las cuatro viñetas presentadas a título ilustrativo son útiles para destacar cómo las alteraciones tempranas del vínculo madre-bebé suelen desembocar en patologías severas. Hablo de –por lo menos- un serio riesgo de que aquellas se produzcan ya que no debemos ignorar la incidencia de las series complementarias por las que no todos los bebés a similitud de circunstancias tendrán el mismo destino.

Los casos que he presentado como tantos otros que he podido observar en mi práctica tienen varios elementos en común.

- 1) En todos los casos se trataba de madres que estaban cursando una depresión y dos de ellas con un duelo por la muerte reciente de un progenitor. En estos estados al retraerse la libido queda poca disponibilidad para el bebé quien sufre la falta de contención y de sostén.
- 2) En los casos de duelos quedó interrumpida la lactancia por falta de leche materna.
- 3) En uno de los casos se ilustra lo que ocurre cuando una madre se embaraza nuevamente teniendo un bebé muy pequeño. Se produce un retiro de parte de la libido destinada al bebé para ser volcada al nuevo ser.
- 4) Como un común denominador nos encontramos con padres débiles y/o ausentes.

Con estos antecedentes los bebés pasaron sus primeros meses con muy poca contención, con madres con dificultades en la función continente y/o reverie (Bion), o con falta de holding (Winnicott) o bien bebés con una falta básica (Balint). Los bebés fueron desarrollando estados depresivos muy tempranos u otras perturbaciones en su desarrollo psíquico que terminaron luego en patologías muy severas.

Es una cuestión central que los pediatras que son los primeros que están en contacto con estos cuadros estén lo suficientemente informados y alertas para hacer el diagnóstico presuntivo de la depresión de la madre (que yo llamaría depresión madre-bebé) y decidir la correspondiente derivación al profesional especializado incluso cuando la depresión de la madre no sea severa (pero igualmente perjudicial para el

bebé) ya que se corre el riesgo de restársele importancia perdiéndose así la oportunidad de un tratamiento adecuado con las consabidas consecuencias para el futuro del hijo.
