

La ayuda a los padres: entre educación y terapia

G. FAVA VIZZIELLO*

RESUMEN

Se estudiaron 50 familias a las que se realizó un seguimiento durante 14 años y de las cuales uno de los padres fue diagnosticado como psicótico por los servicios psiquiátricos de adultos. Se estudiaron también 117 niños prematuros con elevadísimo riesgo neuropsíquico que fueron seguidos conjuntamente con sus familias durante 15 años y 51 padres tuvieron un seguimiento desde el séptimo mes después de la concepción hasta los 6 años de vida del niño. Se presentan algunos aspectos de la evolución y necesidades en el desarrollo de la función parental en los diferentes momentos de vida de los padres y de los niños, más de 30 tipos diferentes de intervenciones, así como los abordajes terapéuticos. PALABRAS CLAVE: función parental, psicosis, riesgo neuropsíquico, abordajes terapéuticos.

ABSTRACT

HELP FOR PARENTS: BETWEEN EDUCATION AND THERAPY. This paper presents a 14 year longitudinal study of 50 families with a psychotic parent diagnosed by an adult psychiatric service. 117 preterm children with very high neuropsychological risk together with their families where also followed for 15 years, and 51 parents where followed from the 7th month of conception up to the sixth year of life. The paper reviews some aspects of the development and needs of the parental function throughout different moments of the life of parents and children, and points out at least 30 different types of interventions and therapeutic approaches. KEY WORD: parental function, psychosis, neuropsychological risk, therapeutic approaches.

RESUM

L'AJUDA ALS PARES: ENTRE EDUCACIÓ I TERÀPIA. Es van estudiar 50 famílies a les que es va fer un seguiment durant 14 anys i de les quals un dels pares fou diagnosticat com psicòtic pels serveis psiquiàtrics d'adults. També es van estudiar 117 nens prematurs amb un molt elevat risc neuropsíquic que van ser seguits conjuntament amb les seves famílies al llarg de 15 anys i 51 pares van tenir un seguiment des del setè mes després de la concepció fins als 6 anys de vida del nen. Es presenten alguns aspectes de l'evolució i les necessitats en el desenvolupament de la funció parental en els diferents moments de vida dels pares i dels nens. Més de 30 tipus diferents d'intervencions van ser considerades així com també els abordatges terapèutics. PARAULES CLAU: funció parental, psicosis, risc neuropsíquic, abordatges terapèutics.

La comprensión y la verificación de los múltiples intentos de ayudar a los padres en su relación con los hijos, resultan muy complejas ya que chocan con el sistema padres-hijos, un sistema biológico-fantasmático-afectivo-relacional del cual todavía ignoramos muchos elementos, así como sus interacciones. Este sistema se encuentra, además, en continua y muy rápida evolución cultural, con la consecuente necesidad de cambio de las teorías y metodologías que se refieren al mismo

(McGoldrick, 1988).

Posiblemente en Europa los porcentajes de sucesos relativos a las casuísticas a las cuales se pueden aplicar las teorías y técnicas conocidas por la comunidad científica no superan el 3% —y de los que Monica McGoldrick (1998) habla en su fascinante texto sobre *Revisioning family therapy* a la luz de la cultura, raza y género—. Los profesionales que trabajan con familias, saben como aún hoy resulta inadecuada nuestra teoría de la

* Profesora ordinaria de Psicopatología del desarrollo. DPSS. Universidad de Padua
Correspondencia. Università de Padova. Via Belzoni, 80 - 35150 Padova. Italia

clínica, construida casi siempre a posteriori.

Daniel Stern (1992) tiene el mérito de haber conceptualizado un sistema de la díada madre-niño que incluye la interacción fantasmática y real. En este sistema, el punto de partida (red social, representaciones, relaciones, conducta, soma), está condicionado por la teoría de referencia y por la formación del profesional lo cual influye o interactúa con todos los otros componentes del sistema. Este "esquema base" nos permitió insertar e integrar los tipos de intervención más diversos y enmarcar los resultados que nuestros estudios longitudinales sobre la parentalidad evidenciaron (Fava Vizziello y col. 1991, 1993, 1997).

O. Kernberg (1998), Golse (1998), Stern (1998), Widlocher (1998) y Palacio Espasa (1998), en el Congreso de la *Association Européenne de l'enfance et de l'adolescence* (AEPEA) de 1996 en Venecia, discutieron sobre el innatismo de los fantasmas, sobre la importancia que hay que dar al aspecto fantasmático y al aspecto interactivo en la intervención. También recordaron la importancia de la ayuda clínica planteada experimentalmente por Cramer y Stern (1995) al comparar entre la eficacia de las intervenciones breves madre-hijo, desarrolladas con técnica psicoanalítica y las intervenciones desarrolladas con técnicas de ayuda a la interacción (McDonough, 1992). Un primer análisis de los resultados de este estudio mostró la misma eficacia de las dos técnicas.

Estos resultados suscitaron perplejidad sobre los efectos a largo plazo, un problema siempre presente en la edad evolutiva e insuperable en estudios prospectivos, siempre y cuando no se haga un seguimiento de muchos años. Sin embargo, muchas veces no se pueden realizar tales seguimientos, y cuando se hacen, se encuentran con las dificultades para conocer la verdadera influencia que pueden tener nuestras intervenciones en el desarrollo afectivo-relacional, como por aquellas debidas al contexto o por causas biológicas. Además, el instrumento de investigación no deja de ser una entrevista que despierta expectativas transferenciales y reacciones contratransferenciales, convirtiéndose por tanto en una verdadera intervención contenedora o, por el contrario, potencialmente patologizante. En este sentido, se llevaron a cabo investigaciones con adultos, sobre las intervenciones psicoterapéuticas "expresivas" y de "apoyo", realizada por la *Menninger Clinic* bajo la guía de Wallerstein y con la colaboración de Horowitz, Weishel

y Kernberg (1998).

Desde una posición de confrontar las dos modalidades, la intervención "expresiva" era vista en sus posibilidades de modificación de la estructura psíquica mientras que la de "apoyo" era vista, sobre todo, en sus aspectos de contención –con los consecuentes riesgos de cronificación–. No obstante, los investigadores de la *Menninger* llegaron a considerar estas modalidades como dos polos de una misma terapia, que utilizados de acuerdo con los distintos momentos de la intervención (especialmente con los pacientes psicóticos), ambas modalidades eran capaces de producir modificaciones estructurales.

Pero además, cualquier intervención con menores y con sus padres puede ser vista como una dramatización de las dinámicas internas presentes en el adulto y la estructura que se modifica (cualquiera sea nuestro punto de entrada en el sistema y, por tanto, nuestro modelo teórico de referencia), es siempre la de la interacción/relación padres-niño, acompañada por distintos niveles de reorganización mental, ya sea parcial o global de los padres y del hijo.

Nosotros pensamos que la "intervención de apoyo", incluso en una situación extrema, como cuando hay una decisión por parte del Tribunal de Menores –por desgracia cada vez más presente en la gestión de los conflictos familiares, antaño reservados al ámbito privado–, tiene por lo general un impacto muy fuerte sobre la estructura-interactiva relacional y, por tanto, sobre el mundo representativo-fantasmático. Pensamos, por ejemplo, en medidas como el alejamiento del menor y en la pérdida o en la merma de la patria potestad que cuando se deciden sólo por el deseo de ayudar al menor pero sin preparación psicológica, dejan rastros indelebiles y duelos no resueltos en los padres y también en el menor, transformándose de medida de protección en una medida potencialmente patógena. Es necesario, pues, poder pensar en estas intervenciones que llamamos "sociales y educativas" e incluirlas en un sistema unitario de lectura, de programación, preparación y evaluación psicológica, sin el cual la intervención con el niño o con los padres resulta vana o imposible (Fava Vizziello et al, 1981-1983).

Berger (1995) remarca que en las terapias de menores hay muchos abandonos, si no se tiene en cuenta el sentido que la "patología-función" del menor tiene dentro de la familia. Nosotros tenemos la impresión que

muchas terapias podrían llegar a no ser necesarias si fuéramos capaces de comprender en qué momento conviene participar y que piden los profesionales o los padres cuando nos derivan al menor. Esto lleva a la necesidad de que en la exploración de cada menor se incluya la valoración de la "accesibilidad terapéutica de los padres" –estructura psíquica del adulto– con relativa autonomía de la misma. Tal estructura puede encontrarse en una situación de descompensación aguda o, más a menudo, de dificultad crónica que se puede focalizar en el momento mismo de la consulta. Ahora bien, hacerse cargo de la estructura psíquica de los padres –que, entre otras cosas, casi nunca tiene una relación unívoca con las motivaciones de la derivación del menor– requeriría unos tiempos incompatibles con la rapidez del desarrollo infantil. En cambio, nos parece distinto el discurso relativo a la sintonía psicológica del hijo con los núcleos psicóticos de los padres, activados por aquel momento particular o por aquella fase evolutiva del menor, siendo posible afrontar la psicopatología de los padres de forma focal, a partir de utilizar los otros recursos del sujeto.

Con las familias disfuncionales, sin embargo, es prioritaria la valoración del peso y la reorientación de las situaciones institucionales e interinstitucionales (Fava Vizziello y cols. 1991) de forma que permitan el reconocimiento de los "enactments" nuestros y de las familias y las interpretaciones actuadas, casi siempre inevitables (Fava Vizziello y cols, 1983; Racamier, 1984).

Los estudios longitudinales y catamnésicos inaugurados por la escuela de Ginebra y especialmente por Manzano y Palacio Espasa (1983, 1994), sobre la relación entre transgeneracionalidad de las proyecciones, narcisismo de los padres e indicaciones terapéuticas, empiezan hoy a dar algunas respuestas. Nosotros hemos centrado nuestros estudios en la intervención con familias gravemente disfuncionales, quizás las cincuenta más disfuncionales (de entre las 2.000 que llegaron al Servicio en 14 años), en las cuales uno de los padres fue reconocido como psicótico por los servicios psiquiátricos de adultos. Posteriormente se recopiló el trabajo de ayuda que se llevó a cabo con estos padres (Vizziello G. et al. 1991).

Además, en otros contextos, estudiamos longitudinalmente la organización de la función de los padres en el tiempo y la transmisión transgeneracional (Vizziello y cols., 1990, 1991, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997) con

otras poblaciones utilizando metodologías estandarizadas como la entrevista "R" (Zeanah & Barton, 1987) y la *Adult Attachment Interview* (Main, 1984; Crittenden, 1999) con el propósito de entender mejor los mecanismos relacionales entre padres e hijos. A pesar de eso aun hoy nos encontramos con dificultades:

1. En la construcción de una narrativa de la "función parental", de la cual Racamier nos había hablado ya en los años 60 como de una *maternalité* en continuo desarrollo y, a veces, sufriendo según los *clignoteurs* que Soulé y Noel (1991) habían puesto en evidencia. También la cultura anglosajona usa la expresión *transition to parenthood*, que da la idea de proceso.

2. En saber cómo y cuándo ésta función del "individuo-padre" influye y se hace determinante en el desarrollo de los hijos, los cuales a su vez tienen un patrimonio genético y un temperamento desde el nacimiento y sobre quienes las experiencias fetales biológicas y emocionales ya han tenido un impacto, marcado una dirección en el desarrollo (Raskowski, 1963; Righetti, 1996; Soulé, 1982).

3. En evaluar el impacto, a corto y largo plazo de cualquier intervención, dado los posibles cambios que pueden ocurrir durante el desarrollo y las diferentes significaciones que se atribuyen al cambio sintomático.

4. En comprender la relación entre trastornos de la personalidad y de la parentalidad. De hecho también las clasificaciones internacionales de la psicopatología definen muy pocas patologías pre o post embarazo, como tales.

Según nuestra opinión, independientemente de la presencia o ausencia de hijos, la "función parental" tiene un desarrollo propio en cada ser humano y especialmente hoy, cuando se está produciendo una alteración de sus bases fisiológicas. Creemos que es determinante para la organización de la personalidad y para la calidad de vida y también de las manifestaciones psicopatológicas. Su evaluación tendría que formar parte de la evaluación de cada individuo.

En las numerosas revisiones de historias clínicas de adultos y adolescentes, casi nunca encontramos referencias a estas funciones parentales cuando no habían hijos, salvo en la de los consultorios familiares, en referencia a los problemas sexuales (tratados a menudo sin tener en cuenta la parentalidad) o a los problemas de duelo debidos a la esterilidad, en los caso de petición de idoneidad a la adopción. En los historiales psiquiátricos

La ayuda a los padres: entre educación y terapia

y/o de los servicios para las adicciones, a menudo ni se señala la presencia de hijos.

5. En decidir si y cómo tenemos que ayudar a los padres a través de una intervención ya sea sobre el sistema familiar o sobre su parentalidad, cuándo tenemos que limitar la intervención sólo a los padres o, por el contrario, excluirlos de la información sobre el tratamiento, como en los casos en los que vienen autónomamente los adolescentes.

6. En entender cuantos trastornos de los menores y hasta qué edad pueden ser tratado a través de los padres y cuando, en cambio, se requiere de intervenciones específicas con el menor.

Psicólogos y psiquiatras que han vivido la cultura italiana de la integración de los últimos veinte años, han podido ver cómo y cuándo es posible llevar a cabo intervenciones desde educación, incluso sólo por parte del personal de las escuelas. Estos cambios que anteriormente creíamos posible sólo mediante una terapia prolongada del menor, generalmente más fatigante, más costosa, cuando no más cargada de sufrimientos, actualmente son posibles si se realizan por medio de asesoramiento psicológico a los profesores (Disnan, Fava Vizziello, 1999).

Desarrollo de la función parental, sus problemas y distorsiones

Se presentan a continuación dos estudios longitudinales en poblaciones clínicas, con las que se llevaron a cabo diferentes intervenciones que creíamos necesarias en cada momento. A partir de estos estudios intentaremos exponer algunos aspectos que se han evidenciado al largo de los años. Los grupos de trabajo fueron los siguientes:

- 50 familias tuvieron un seguimiento durante 14 años, en las cuales uno de los padres fue diagnosticado como psicótico por los servicios psiquiátricos de adultos (Fava Vizziello y cols., 1999).

- 117 niños prematuros con elevadísimo riesgo neuropsíquico fueron seguidos conjuntamente con sus familias durante 15 años (Fava Vizziello y cols, 1992-98). De estos,

- 51 madres y algunos padres tuvieron un seguimiento desde el séptimo mes después de la concepción hasta los 6 años de vida del niño (Fava Vizziello, Antonioli y cols, 1995).

- 22 niños fueron seguidos desde la guardería hasta la escuela primaria junto con sus familias (Fava Vizziello y Calvo, 1994).

La función parental empieza a manifestarse muy pronto, probablemente ya en el momento en que el niño comienza a querer darle de comer a la madre. Se da cuenta de que ella puede tener una necesidad parecida a la suya y utiliza un cariñoso modelo arcaico de cuidarla de una forma más o menos apropiada. Ya desde este momento, por ensayo y error, a nivel fantasmático y real, empiezan a organizarse las primeras representaciones de sí mismo como padre que se desarrollarán poco a poco hasta que la mujer y el hombre lleguen a concebir un hijo o a su eventual petición de adopción. En todos estos estudios (exceptuando el estudio sobre las familias con padres psicóticos) utilizamos la entrevista R (Zeanah y Barton, 1993), la *Strange Situation* (SS) y la *Adult Attachment Interview* (AAI), de acuerdo con la metodología de Main (1991) y de Crittenden (1999).

Por lo que respecta a los estudios longitudinales se iniciaron en el tercer mes después de la concepción (Fava Vizziello y cols, 1993; 1994) o desde el momento de la petición de adopción (Fava Vizziello y cols. 1995; 1996). Se observaron con el tiempo cambios continuos de la vivencia de sí mismo como padre, los cuales eran diferentes entre padre y madre naturales, y menos rápidos y más parecidos o hasta iguales entre padres que habían pedido la adopción. En estos últimos era de una forma tan fija que les acercaba a la vivencia y a la representación idealizada de los padres paranoicos, obsesivos o con graves adicciones, permaneciendo anclados en una idealización de su propia función parental, sólo a veces similar a la idealización del niño, del cual parecían incapaces de percibir sus verdaderas necesidades o sus posibles aspectos negativos.

La diferencia entre estos padres era que, cuando se daba a las parejas con petición de adopción un tiempo y una ayuda para la elaboración, algunas lograban modificar estas representaciones; precisamente aquellas parejas de las cuales los clínicos designados por el Tribunal, a ciegas con respeto a nuestra investigación, daban una valoración positiva (Fava Vizziello y cols, 1995). Inmediatamente después del nacimiento o de la llegada del niño adoptado, suele venir un período de gran confusión, a menudo con pérdida de la identidad parental construida a través de los años. Al volver a poner orden en estas vivencias adquieren especial importancia las

figuras del entorno, sociales o familiares, en su interacción real, así como la posibilidad de recuperar las fantasías arcaicas vinculadas a este especial *life-moment* (*L-moment*).

La identidad parental pasa, pues, por canales sensoriales distintos de los que se activaron durante el embarazo, canales portadores de informaciones y de fantasmas que se diferencian considerablemente de los del embarazo. Utilizando una doble evaluación del apego (según Main y según Crittenden) obtuvimos resultados distintos en lo que se refiere a la transmisión transgeneracional entre las poblaciones clínicas —cuando tanto el paciente designado es uno de los padres, como cuando es el niño— y las no clínicas. La "estabilidad relativa de la transmisión transgeneracional" de la población general (Fava Vizziello y cols. 1997) se reduce cuando los hijos son prematuros (Fava Vizziello, Calvo 1997), y llega a desaparecer en las familias con adicciones.

Al ofrecer espacios de encuentro postparto, lo solicitaron padres con traumas y duelos no resueltos y con riesgo de deprimirse. Sin embargo, no llegó ninguna demanda de las parejas que considerábamos con mayor riesgo por su elevada idealización de sí mismos como padres y/o del propio niño. Las madres o parejas con adicciones y con este tipo de representación parental, a menudo "empujadas" por los Tribunales, encontraron refugio en comunidades especialmente equipadas para facilitar el proceso de adaptación al niño real. Únicamente los padres que fueron capaces de movilizar su mundo interno idealizado, están hoy en condiciones de vivir autónomamente con sus hijos (Fava Vizziello y col., 1998).

Los progenitores con mayor riesgo, hoy nos parecen ser los que, no teniendo conciencia alguna de problema consigo mismos como padres, actúan mecanismos de racionalización. Pudimos saber por algunos pediatras (a causa de los abandonos de la investigación) que determinados padres, especialmente los obsesivos graves con rasgos paranoicos, modélicos en el seguimiento de las reglas de educación y cuidado de los hijos, actuaban modalidades de "apego evitativo", de manera que cada actuación del niño era pasada por el tamiz de la cognitividad, mientras los aspectos afectivos los ignoraban.

Si tenemos presente la realidad italiana —y a pesar de la buena organización de la red de los consultorios familiares—, sólo el 25% de las embarazadas accede a los cursos de preparación al parto, que también incluyen

atención psicológica. Puesto que las mujeres embarazadas se visitan con el obstetra un promedio 7 veces durante el embarazo, creemos oportuno que la ayuda psicológica llegue también a través de los ginecólogos y de las matronas, de manera que permita organizar actividades concretas en el postparto, como son el masaje infantil (Tiffany Field, 1993; Fava Vizziello, 1993) o los grupos de encuentro, de especial utilidad para aquellos padres con una gran idealización de sí mismos y del niño, lo cual les impide tener conciencia de los problemas y el acceso a lo simbólico.

Pensamos que estas actividades pueden ser una gran ayuda terapéutica a la parentalidad, ya que permite a los progenitores aprovechar lo que están en condiciones de aceptar en un momento en que lo verbal parece tener muy escasa importancia en relación con lo corporal del *L-moment* y con la negación de la necesidad de la procreación (si tenemos presente las bajísimas tasas de natalidad). Esta ayuda permite, además, compartir la experiencia con otros padres, recuperando "flashes" de modelos identificatorios que pueden interactuar con los propios modelos arcaicos parentales y de la pareja. Pensamos que la pareja, los propios padres, siempre están presentes en el mundo fantasmáticos, que nunca es dual y que se origina a partir de representaciones múltiples, en permanente movimiento y con proyecciones intrafamiliares continuas (también y sobre todo en ausencia de pareja).

Delante de todas estas proyecciones el niño reacciona de formas diferente de acuerdo con su patrimonio genético y según las otras figuras de referencia-apego, como serían los eventuales abuelos o hermanos con los cuales está en contacto, figuras todas ellas que sabe utilizar de forma distinta ya desde las primeras semanas. Insistimos sobre este aspecto de la modificación de partes y quizás de módulos de las representaciones porque tenemos la impresión que nuestras categorías de representación de la parentalidad y del niño son demasiado amplias ("la madre buena" sólo es buena en momentos del desarrollo y en algunos aspectos de la relación) y las modificaciones, afectivas, cognitivas, son muy sensibles a los cambios ambientales y, a menudo, aún más a los cambios sensoriales que a los verbales.

Todo esto es válido en los primeros meses de vida y así se mantiene, con frecuencia, cuando el niño ha tenido o tiene una grave enfermedad física. También hay momentos especiales de cambio de la vivencia parental

La ayuda a los padres: entre educación y terapia

que hacen que sea necesario que los servicios vuelvan a conectar con uno de los padres para ayudarlo a reorientarse, por ejemplo, en relación con un hijo que entra en un mundo escolar que lo evalúa (y con él a su familia). Muchas derivaciones a los servicios de salud mental por los llamados "problemas escolares" van ligadas a crisis parentales, a menudo mal metabolizadas; a dificultades en la elaboración de las separaciones, pero sobre todo, a la atribución y transmisión de valores que es lo que implica la compleja tarea de ser padres. Si la adolescencia no existe, como titula Heurre (1977) su bonito texto, existe sin duda una "adolescencia-climaterio", que representa el fin de las esperanzas de cambio para muchos padres.

Las intervenciones

Desde la experiencia personal del servicio que he dirigido durante 15 años en una Italia con grandes cambios, especialmente en relación con la parentalidad —en la que se ha pasado de la prohibición legislativa de venta de contraceptivos hormonales al aborto en los servicios públicos, gratuito y a simple petición; del derecho de familia a la reintegración familiar de niños institucionalizados con la consecuente obligación para las escuelas de integrar a todos los niños en aula ordinaria—, hemos intentado sistematizar las intervenciones, utilizando los estudios longitudinales ya citados. Durante este periodo contamos con más de 30 tipos de intervenciones diferentes, sin tener en cuenta toda la gama de diferencias vinculadas a la formación de los profesionales y a las distintas formas de trabajo de los equipos. Estas intervenciones, posibles en cuanto aceptadas por la familia, están relacionadas:

1. Con el tipo de transacción familiar más que con el diagnóstico del menor y/o de los padres. Especialmente la familia desorganizada y cerrada (en la cual abundan los trastornos de la personalidad con actuaciones incluso delincuenciales de los padres y los trastornos paranoides). En colaboración con los servicios sociales se intentó, sobre todo, analizar las infinitas peticiones de subsidios, mientras con los maestros, único recurso de auténtico contacto continuo con el niño, se llevó a cabo un trabajo de intenso asesoramiento clínico (Disnan, Fava Vizziello, 1999).

2. Con visitas y controles, o sea, intervenciones "breves-largas", como las definió Manzano (1996), con una

periodicidad marcada por la programación terapéutica. Fueron las intervenciones más frecuentes, en las cuales el papel de la familia es fundamental. Esta modalidad se podría extender a otras familias con patología familiar menos grave. De hecho, así como estas familias permanecen en nuestro espacio mental aunque sólo sea por la insistencia y las peticiones de los otros servicios, nosotros permanecemos su imaginario y, a veces, están en condiciones de traernos sus elaboraciones después de largos intervalos de tiempo entre un encuentro y otro. A veces traen historias que recuerdan o que creen que nos pueden gustar y/o aportarles ventajas o, por lo menos, impedir que les retiren la patria potestad. Trabajar con la contratransferencia de la espera deviene fundamental en estos casos, por la notable seducción ejercida por estos núcleos familiares para que no se modifiquen sus equilibrios.

3. Con las psicoterapias focales y las psicoterapias a largo plazo de los menores que, generalmente, requirieron de un trabajo de apoyo a la familia para que aceptaran la continuidad del tratamiento. A menudo se trataba de una clarificación de los papeles para permitir alianzas, sobre todo cuando nos encontrábamos con proyecciones transferenciales especialmente negativas.

Este tipo de proyecciones no permite una indicación de psicoterapia breve (Palacio, 1987), como tampoco de psicoterapia a largo plazo, sino se tiene prevista una futura colaboración con otros servicios, a partir de la cual podamos comprender mejor el desarrollo familiar (Fava Vizziello y cols, 1988, 1983). A veces, para poder iniciar psicoterapias con niños que por su patología tenían esta indicación de tratamiento, tuvimos que esperar años, hasta la preadolescencia y la adolescencia, cuando el chico estaba en condiciones no tan solo de expresar su necesidad, sino también de gestionar la ayuda ofrecida. Mientras tanto, el apoyo de la escuela permitió cambios importantes, incluso en el ámbito de una parentalidad altamente patológica.

4. En algunas de las visitas se incluyó, en la devolución, tranquilizar a los padres y, sobre todo, una precisa señalación de que faltaban indicaciones de tratamiento. Eso pasó especialmente con madres gravemente patológicas que al segundo o enésimo embarazo, después de haber estado en relación con el servicio por sus hijos anteriores, venían a preguntar si todo iba bien, en esta ocasión partir de algún eventual señalamiento por parte de la escuela, relacionado más con la fama de la familia

que con el niño, o por dificultades personales del profesor.

Con este tipo particular de indicación queremos puntualizar que el giro hacia una ayuda demasiado generalizada a los padres, a menudo definida como "preventiva" y que se traduce, con frecuencia, en un aleccionamiento en pequeños o grandes grupos, o a través de los medios de comunicación, ha agravado en muchos casos las incertidumbres —ya de por sí importantes— sobre los valores y la confianza que se tiene espontáneamente en los hijos, por parte de las clases medio-altas y medio-bajas. Estas incertidumbres actuales contribuyen a la creación de niños con "fronteras inciertas" y con destino *borderline*, de los cuales los maestros lamentan el desarrollo ambiguo (Fava Vizziello, 1995) y en "mancha de leopardo", con rasgos y funcionamientos mentales muy adultomorfos y conductas regresivas, aceptadas pasivamente por los padres que sienten culpables de haber cometido presuntos errores en la crianza.

Nuestros servicios tienen sin duda el deber de trabajar con los padres de niños con problemas especiales debidos a tumores, grandes prematuros, niños discapacitados o con enfermedades dismetabólicas. Pero tienen también la necesidad de fijar un límite a partir del cual se han de derivar a otros servicios especializados. A menudo la ayuda más grande que podemos ofrecer a los padres es la de tener relaciones estables y eficaces con los profesionales de los distintos servicios.

Conclusiones

La gama de intervenciones que podemos utilizar con los padres en un servicio de salud mental de la edad evolutiva es muy amplia y posibilita diversos planteamientos que se articulan entre lo físico y lo psíquico, lo interpersonal e intergeneracional y que se encuentran en el centro del debate científico actual. La ayuda a los padres es entonces un campo "minado" en el plano teórico, pero ineludible incluso para aquellos pocos adolescentes que se presentan a los servicios con petición de privacidad. Las estrategias de intervención son vistas de forma tanto más maniquea como más elevada es la edad del menor.

Los padres son generalmente parte integrante del primer encuentro, aunque hay excepciones, como cuando no están presentes personalmente; pero aun así son más importantes a nivel fantasmático. Ellos nos traen la

urgencia de su "problema-hijo" y juntos intentamos definir los límites de su "ser padres" y de nuestra tarea en relación con su hijo, con cada padre individualmente y con la pareja, y con la interacción, manteniendo siempre en nuestro espacio mental la función parental. Eso se puede hacer:

1. Teniendo bien presente los "juegos familiares-escolares", continuos durante toda la edad evolutiva. Las eventuales intervenciones deberán dirigirse directamente al menor debido, entre otras cosas, a las altas tasas de abandono escolar. Antes o después, salvo muy pocas excepciones, el niño será devuelto a la familia. La familia, entonces, deberá ser capaz de proteger más o menos su evolución, de acuerdo con su participación en el trabajo terapéutico.

2. Valorando en cada caso y cualesquiera que sea la edad del menor la función parental de los progenitores y su alianza parental, así como sus posibilidades evolutivas en el momento en que traen el hijo al servicio, elemento único y fundamental para la decisión terapéutica.

3. Es impensable, en estos servicios, ver a los niños muchas veces a la semana, excepto en casos del todo excepcionales. Cualquier clínico de los servicios de salud mental hace automáticamente este balance en función de una economía de tiempo necesaria. Al fin y al cabo, y después de muchos años de trabajo llegamos a la conclusión que la economía de este balance es también economía de sufrimiento. Este tipo de valoración se diferencia de aquella que, ya en los años setenta, Kreisler y Cramer proponían —para el niño pequeño el uso de un eje sintomático, de un eje interactivo y de un eje con la estructura de la madre— con el fin de dar una mayor autonomía a la función parental y a sus eventuales patologías específicas.

4. Muchos padres expresan hoy la conciencia de su implicación con los problemas de los hijos. Creemos que es responsabilidad de los servicios para menores no ampliar el foco de atención, no ir más allá de la intervención en la relación de los padres, que requiere ser ayudada con urgencia a superar la crisis sintomática del hijo, aunque persistan los problemas del "padre-persona". Dependiendo de la edad, un problema específico de pareja puede ser parte de la crisis del hijo.

5. Las modalidades terapéuticas son muy diversas, pero tendrían quizás que ser aún más articuladas. Para conseguir que las indicaciones sean más claras hace falta desarrollar ulteriormente un recorrido de la demanda

La ayuda a los padres: entre educación y terapia

parental, sobre la cual desde hace años nos han guiado Palacio y Manzano y los estudiosos del apego.

Nos parece necesario para ayudar a los padres, un trabajo activo del terapeuta, ya sea a partir de una consulta más o menos a largo plazo, focal, o tal vez programática. En cualquier caso se tratará de ofrecer elementos de apoyo vinculados a una solución de los conflictos a medio-corto plazo.

En los primeros años de vida, en las situaciones de incapacidad o de enfermedad física, a menudo, son también necesarios, y especialmente en los casos de mayor riesgo, una relación y una ayuda ligada al soma y con cosas concretas: como concretas son las necesidades de las madres y de los niños pequeños o los problemas físicos, y como lo son también a nivel perceptivo sus representaciones. Nos parece, también, que sería necesaria la creación de pequeñas comunidades o grupos de madres, sobre todo en países como el nuestro, en que nacen pocos niños. Las intervenciones podrían ser "breves-largas", o sea focales y repetidas en el tiempo, cuando pensamos que la carga sea demasiado pesada para los progenitores.

Traducción de Elena Fieschi

Bibliografía

- BERGER, M (1995). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Dunod Ed., Paris.
- CRAMER, B., & PALACIO ESPASA, F (1993). *La pratique des psychothérapie mère-bébé. Etudes cliniques et techniques*. P.U.F., Paris.
- CRITTENDEN, P. M (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- DISNAN, G., & FAVA VIZZIELLO, G (1999). *La consulenza clinica*. Masson, Milano.
- FAVA VIZZIELLO, ET AL. (1981). *Per una clinica di neuropsichiatria infantile*. Masson, Milano.
- FAVA VIZZIELLO, ET AL. (1983). *Interventi di psicologia clinica in neuropsichiatria infantile*. Masson, Milano.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., MARZANI, C (1987). Problemi di verifica dell'attività dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'età evolutiva. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, vol. 5, n.2, 1987 p.337-350.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., & PIGATTO, A (1989). Adozione e affido: osservazioni relative al bambino dai tre ai sei anni. *Il quadrante scolastico*, 40, 104-120.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., & PASTORE, A. P (1990). Nascita psicologica e funzione genitoriale. *Consultorio Familiare*, vol. IV, 69-73.
- FAVA VIZZIELLO, G. DISNAN, I COLUCCI, R (1991). *Genitori psicotici*. Bollati Boringhieri, Torino.
- FAVA VIZZIELLO, G., BOTTOS, M., & ZORZI, C (1992). *I figli delle macchine*. Masson, Milano. Traducción española: *Los hijos de las máquinas*. Nueva visión, Buenos Aires.
- FAVA VIZZIELLO, G., & STERN, D (1993). *Modèles psychothérapeutiques au premier âge*. Masson, Paris.
- FAVA VIZZIELLO, G (1993). Clinical Use of Infant Massage in Italy. *The Signal*, vol. 1, No. 4, October-December, 5-8.
- FAVA VIZZIELLO, G.M., ANTONIOLE, M. E., COCCI, V., INVERNIZZI, R., & CRISTANTE, F (1993). From Pregnancy to Motherhood the Structure of Representative and Narrative Change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 1, 4-16.
- FAVA VIZZIELLO, G., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V., & INVERNIZZI, R (1993). Modalità narrative dell'esperienza genitoriale nella donna e acquisizione di ruolo. In M. Cusinato, M. Tassarolo, *Ruoli e vissuti familiari* (pp. 218-237). Giunti, Firenze.
- FAVA VIZZIELLO, G (1994). *L'eccezione e la regola*. Bollati, Boringhieri, Milano.
- FAVA VIZZIELLO, G., BIANCHI, L., & MAESTRO, P (1994). Modelli di attaccamento e trasmissione intergenerazionale. *Complessità & Cambiamento*, 42-53.
- FAVA VIZZIELLO, G., PRINCIPATO, O., & CALVO, V (1994). Costruzione e funzione delle regole. In G. Fava Vizziello, *L'eccezione e la regola* (pp. 9-15). Bollati Boringhieri, Milano.
- FAVA VIZZIELLO, G., ANTONIOLI, M. E., INVERNIZZI, R., & ZANCATO, P (1995). Modelli di attaccamento e psicopatologia nei primi anni di vita. *Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 15, 1, 45-61.
- FAVA VIZZIELLO, G., AMBROSINO, S., & FALCHINI, D (1995). La mediazione genitoriale nell'elaborazione della separazione del bambino al nido. *Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 15, 1, 63-76.
- FAVA VIZZIELLO, G., INVERNIZZI R., ANTONIOLI, M. E., & MAESTRO, P (1995). La struttura del cambiamento rappresentativo e narrativo della madre dalla gravidanza alla maternità e modalità di attaccamento. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 3, 185-199.
- FAVA VIZZIELLO, G., REBECCA, L., BUFFFALDINI, C.,

POSOSOMAI, A., & CECCANTI, S (1995). Il cambiamento della rappresentazione nel post-partum: confronto tra madri di bambini prematuri e nati a termine. *Complessità & Cambiamento, IV, 1*, 33-53.

FAVA VIZZIELLO, G., GRECO, G., & GUGLIELMETTI, M (1996). Dieci anni dopo una nascita prematura. In E. Brunati, E. Fazzi, D. Iogà, F. Piazza. *Lo sviluppo neuropsichico nei primi tre anni di vita* (pp. 141-163). Armando Ed., Roma.

FAVA VIZZIELLO, G., ANTONIOLI, M. E., BARTOLI, S., VOLPE, B. R., & ZANCATO, P (1996). Genitorialità biologica ed adottiva: analogie e differenze dei percorsi rappresentativi. *Consultorio Familiare, X, 3*, 33-55.

FAVA VIZZIELLO, G., MAESTRO, P., & SIMONELLIA A (1996). Implicazioni cliniche nella valutazione dell'attaccamento. *Imago, 3, 4*, 311-322.

FAVA VIZZIELLO, G., ZANCATO, P., & DONATI, P (1997). Predittività delle categorie dell'attaccamento ad un anno e stili relazionali a sei anni. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 64*, 667-680.

FAVA VIZZIELLO, G., & CALVO, V (1997). La perdita della speranza. Effetti della nascita prematura sulla rappresentazione genitoriale e sullo sviluppo dell'attaccamento. *Saggi, 1*, 15-35.

FAVA VIZZIELLO, G., & BARBIERO, G (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente*. Atti del I° Congresso A.E.P.E.A. - Venezia 17-19 ottobre 1996. Cortivo Ed., Padova.

FAVA VIZZIELLO, G., & CALVO V (1998). La valutazione degli interventi psicologici con i prematuri. *Riabilitazione Oggi, 10*, 53-62.

GOLSE, B (1996). Specificità dei meccanismi di cambiamento nella prima infanzia. In G. Fava Vizziello, & G. BARBIERO (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente* (pp. 45-50). Cortivo Ed., Padova.

HEURRE, B (1997). *L'adolescence n'existe pas*. PUF, Paris.

HOROWITZ, M. J., KERNBERG, O., & WEINSHEL, E.M (1998). *Psychic structure and psychic change*. Int. Univ. Press, New York. Trad. italiana. *Struttura e cambiamento psichico*. Franco Angeli, Milano.

KERNBERG, O (1996). Le scommesse sul cambiamento. In G. Fava Vizziello, & G. Barbiero (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente* (pp. 121-129). Cortivo Ed., Padova.

MAIN, M., GOLDWYN, R (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own

experience: implications for the abused-abuser intergenerational cycle. *International Journal of Child Abuse and Neglect, 1*, 203-217.

MAIN, M (1991). *Classification of Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato.

MANZANO, J (1996). Interventi terapeutici ed educazione come strumenti di cambiamento. In G. Fava Vizziello, & G. Barbiero (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente* (pp. 68-77). Cortivo ed., Padova

MCDONOUGH, S (1992). L'aiuto all'interazione: una tecnica per il trattamento dei disturbi relazionali precoci. In G. Fava Vizziello, & D. Stern (a cura di). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. (pp. 221-33). Raffaello Cortina Editore, Milano.

MCGOLDRICK, M (1998). *Revisioning family therapy*. Guilford Press, New York.

NAKOV, A (1992). La sintonizzazione patologica. L'approccio psicoanalitico alle interazioni psicotiche tra genitori e bambino. In G. Fava Vizziello, D. Stern (a cura di). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. (pp. 197-209). Raffaello Cortina Editore, Milano.

PALACIO ESPASA, F (1993). *La pratique psychotérique avec l'enfant*. Paris, Bayard.

PALACIO ESPASA, F (1998). Vi é una nascita della psicopatologia: i momenti dell'intervento. In G. Fava Vizziello, & G. Barbiero (a cura di). *Farsi e disfarsi del disturbo mentale* (pp. 15-18, 53-58). Unipress, Padova.

RACAMIER, P. C (1970). *Le psychanaliste sans divan*. Payot, Paris.

RASCOWSKY, A (1963). Trad. it. *La vita psichica del feto*. Il formichiere, Milano, 1980.

RIGHETTI, P. L (1996). Gli stati dell'Io prenatale. *Psicologia Psicoterapia e Salute, 2, 2*.

SOULÉ, M (1982). L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire: sa valeur structurante dans les échanges mère-enfant". In AA.VV., *La dynamique du nourrisson: quoi de neuf bébé?*, La vie de l'Enfant, Paris, ed. E.S.F., 1982, pp. 135-175.

SOULÉ, M., & NOEL, J (1985). L'enfant cas social. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé. *Traité di psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 25-52). PUF, Paris.

STERN, D (1992). Aspetti fondamentali delle terapie genitore-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci. In G. Fava Vizziello, D. Stern (a cura di). *Dalle cure mater-*

La ayuda a los padres: entre educación y terapia

ne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano. (pp. 9-22). Raffaello Cortina Editore, Milano.

STERN, D (1996). Specificità e meccanismi di cambiamento nella prima infanzia. In G. Fava Vizziello, & G. Barbiero (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente* (pp. 55-59). Cortivo Ed., Padova.

TIFFANY FIELD, T (1993). Infant Massage. *The Signal*, vol. 1, No. 4, October-December 1993, 1-2.

WIDLÖCHER, D (1996). Sviluppo libidico e processo di cambiamento: la teoria della sessualità infantile rivisitata". In G. Fava Vizziello, & G. Barbiero (1998). *I processi di cambiamento nella psicopatologia del bambino e dell'adolescente* (pp. 25-29). Cortivo Ed., Padova.

ZEANAH, C. H., & BARTON, M. L. (1989). Introduction: internal representation and parent-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 10, 3, 135-141.