

Algunas consecuencias de lo negativo en el desarrollo emocional infantil

Some consequences of the negative aspect of emotional development in childhood

Por María Soledad Surt¹

RESUMEN

El presente artículo profundiza en los efectos que tiene la depresión materna en el desarrollo emocional temprano. Un primer enfoque estadístico reúne los datos que la investigación exploratoria sobre depresión de la OMS proporciona. A continuación, se detallan las investigaciones que las disciplinas humanísticas y el psicoanálisis han realizado hasta el momento sobre el tema para describir y explicar el síndrome. El nudo teórico es la articulación entre los conceptos de “duelo blanco” y “complejo de la madre muerta” teorizados por André Green con el de “vacío” de Donald Winnicott y el de “posición depresiva” de Melanie Klein. El valor pragmático del recorrido teórico reside en la posibilidad de resignificar los diagnósticos en la infancia con la herramienta diagnóstica que la CFTMEA-R-2000 y la categoría de lo “límite” en psicoanálisis ofrecen. También las adecuaciones técnicas imprescindibles para una dirección de la cura tendiente a contrarrestar los efectos de lo negativo en el desarrollo emocional infantil surgidas de la experiencia clínica con estos niños.

Palabras clave: Depresión post-parto - Complejo de la madre muerta - Duelo blanco - Límite - Posición depresiva

ABSTRACT

In this article, the impacts of postnatal depression on emotional development in childhood are studied in depth. A first statistic approach gathers the data provided by the exploratory research on depression according to the WHO. Next, research on humanistic disciplines and psychoanalysis carried out up to the present is described in detail on this topic in order to define and explain the syndrome. The theoretical knot serves as the articulation between the concepts of “white grief” and “dead mother complex”, both of them theorized by André Green based on Donald Winnicott’s notion of “vacuum” and Melanie Klein’s notion of “depressing position.” The theoretical path’s pragmatic value lies in the likelihood of resignifying diagnoses during childhood making use of the classifying tool offered by psychoanalysis: CFTMEA-R-2000 and the “borderline” category. Likewise, the essential technical adaptations towards a cure that might counteract the negative effect on child emotional development that emerge as a result of the clinical exploration on children are addressed.

Keywords: Postnatal depression - Dead mother complex - White grief - Borderline - Depressive position

¹Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Licenciada en Psicología y Profesora (UNLP). Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes (UBA)
E-Mail soledadsurt15@gmail.com Website: soledadsurt.jimdo.com

Introducción

La depresión es la causa principal de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015 (OMS, 2017).

El tipo de depresión específica que se da tras el parto, denominada depresión post-parto, afecta a una de cada seis mujeres y repercute directamente en el desarrollo emocional del bebé. Sin tratamiento puede durar meses o incluso años (OMS, 2017), constituyendo un problema de salud en potencia para el niño en desarrollo (Quiroga, 1994).

Este síndrome se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de entusiasmo en las actividades de disfrute, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. A los síntomas que suelen presentar las personas deprimidas como la pérdida de energía, cambios en el apetito y el sueño, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, pensamientos de auto lesión o suicidio; se agregan los que están específicamente vinculados con la maternidad: sentimientos de agobio, llanto persistente sin una razón aparente, falta de lazos de afecto con el bebé y dudas acerca de la capacidad de cuidar de sí misma y del niño (OMS, 2017).

Estudios correspondientes a disciplinas humanísticas como los de Gilles Lipovetsky (1983) y Franco Berardi (2007) coinciden con la descripción de una epidemia depresiva reactiva a las condiciones de vida actuales donde prevalece el vacío, la inhibición, el desaliento y una disminución de los lazos de afecto en el vínculo temprano madre e hijo.

Dentro de la teoría psicoanalítica este síndrome fue mencionado por el pediatra y psicoanalista Donald Winnicott (1971) y posteriormente profundizado por el psiquiatra y psicoanalista André Green (1986), estudio del cual surgió el novedoso concepto de “complejo de la madre muerta” para denominar lo que ocurre en el psiquismo del niño vinculado con una madre deprimida y que observó en pacientes adultos a partir de la regresión transferencial espontánea.

En el presente artículo se revaloriza su estudio, considerándolo imprescindible para la realización de un diagnóstico temprano adecuado y un abordaje terapéutico en clínica con niños donde, por el momento de la constitución subjetiva, es posible encontrar la vivencia del complejo antes que su reproducción en transferencia.

El complejo de la madre muerta en la teoría pulsional de André Green

Este síndrome se presenta como una afectación del narcisismo provocada por la desinvestidura de amor materna que es vivida como un trauma. Contraría la economía libidinal que Freud (1914) metaforizó con la

frase “his majesty the baby”. El efecto es el dolor.

El rasgo esencial de esta depresión es que se produce en presencia del objeto, él mismo absorbido por un duelo. A diferencia de una experiencia fáctica es una metáfora, un complejo que no puede ser asimilado a los traumas graves de la separación real como el fallecimiento y abandono y perturba la liquidación de la fase depresiva normal teorizada por Melanie Klein (1952).

Se denomina duelo blanco, caracterizado por una forma de presentación específica de lo negativo como vacío, frío, agujero; a diferencia del negro que se asocia con lo siniestro y el odio presente en los depresivos. El efecto es la carencia libidinal y afectiva con el agregado de la ausencia de representación psíquica de lo que ocurre, que es una de las formas en que se puede presentar la destructividad (Green, 1996).

El movimiento es contrario al que Freud (1914) describe en Introducción del narcisismo para la libido (una ameba que emite pseudópodos) y para Green es obra de la pulsión de muerte operando como narcisismo negativo cuando falla la capacidad ligadora de Eros. También la alucinación negativa de sí mismo o psicosis blanca pertenece a esta serie (Green, 1986).

Cuando la función parental no asegura el encuadre, la contención por el psiquismo de la representación de las primeras vivencias, la psique funcionará reglada por el principio de placer – dolor con predominio del mecanismo de proyección al exterior de lo doloroso no simbolizado (Green, 1997).

Las fases del complejo se organizan en un síndrome caracterizado por una progresión de síntomas que en la actualidad son frecuentemente sobre diagnosticados en clínica con niños como autismo e hiperactividad según normativas internacionales (DSM V). En la teoría de André Green (1986) se explican según los desarrollos teóricos sobre el duelo de psicoanalistas clásicos y contemporáneos como Freud (1914), Abraham (1924), Klein (1952), Winnicott (1971), Abraham y Torok (1978) y Rosolato (1974).

La vivencia de la pérdida del amor cuyos signos iniciales son los del trauma (Freud, 1914), agitación, insomnio y terrores nocturnos, es seguida por la puesta en práctica de una serie de defensas yoicas:

1- La primera será la desinvestidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta. A la represión primaria le sigue la identificación especular al vacío (Abraham y Torok, 1978). El primer momento se corresponde con las reacciones de alegría artificial y agitación. La segunda se expresa como simpatía. Hay intentos de reparación, pero no reparación verdadera, sino mimetismo, condición de la renuncia al objeto y, al mismo tiempo, de su conservación canibálica para evitar así su segunda pérdida: si la madre se despierta y vive, el sujeto la pierde una vez más, ella lo abandona para investir otros objetos. De ahí la ambivalencia en cuanto al deseo de devolverle la vida y el estancamiento en la posición depresiva (Klein, 1952) que mantiene al sujeto aferrado al objeto primordial. En la teoría de Margaret Mahler (1975) es la etapa de “individuación – separación”, que transcu-

re entre los 5 y 36 meses, la que está suspendida por el encarnizamiento en retener el objeto primario.

2- El segundo hecho es la pérdida del sentido. Esta desilusión anticipada lleva consigo, además de la pérdida de amor, una pérdida de sentido pues el bebé no dispone de explicación alguna para dar razón de lo que ha ocurrido. Interpreta esta decepción como la consecuencia de sus pulsiones o como consecuencia de la investidura de la figura paterna por la madre, a partir de lo que se construye el fantasma de la madre sufriente de la escena primaria (Freud, 1918). El Edipo se estructura en una bitriangulación precoz y desequilibrada sea porque se atribuye al padre el retiro del amor materno, o porque se lo inviste como salvador del conflicto que se desarrolla con la madre. Los fantasmas, entre ellos el necrófilo (Guy Rosolato, 1974), que representa a la madre sufriente de la escena primordial, tienen la función de cubrir el complejo de la madre muerta.

Las ansiedades de intrusión y separación por objetos totales producen estados emocionales más primitivos que la castración. Estos estados fueron teorizados por Ernest Jones (1929) con el concepto de afánisis como aniquilamiento libidinal y representacional y luego profundizados por Jacques Lacan (1973) y Massimo Recalcati (2002) para describir y teorizar la clínica del pasaje al acto y el vacío donde se destaca la carencia de nominación de la angustia y de cualificación inconciente del síntoma.

3- El desencadenamiento de un odio secundario que moviliza deseos de incorporación regresiva y un sadismo maniaco en que se trata de dominar al objeto, mancillarlo, vengarse de él para protegerse de la regresión a la fase oral (Abraham y Torok, 1978).

4- La excitación autoerótica se instala por la búsqueda de un placer sensual puro, de órgano en el caso límite, sin ternura, sin piedad, que no necesariamente se acompaña de fantasmas sádicos, pero se caracteriza por una reticencia en amar que será el fundamento de las identificaciones históricas futuras. Hay disociación precoz entre el cuerpo y la psique, así como entre sensualidad y ternura y bloqueo del amor.

La escuela francesa de psicósomática (Kreiser, Fain y Soulé, 1974 - Marty, 1980) se dedicó al estudio de la expresión somática que adquieren las carencias o excesos de la díada psicósomática que forman el niño y la madre en los primeros tiempos de vida y sus consecuencias antievolutivas y desorganizantes. Denominaron depresión esencial al síndrome que incluye "relaciones blancas" como efecto de la carencia en la disponibilidad libidinal, ausencia de actividad fantasmática y onírica, predominancia del comportamiento sobre la representación; reducción de pensamientos a cosa por fallas en el sistema preconciente y tendencia a la satisfacción automática de necesidades anárquicas.

5- La procura de un sentido perdido estructura el desarrollo precoz de las capacidades fantasmáticas e intelectuales del yo como tentativa de dominio de la situación traumática. No obstante, las sublimaciones son ineficaces para paliar el dolor de manera definitiva.

Varios autores teorizaron la hiperactividad de pensa-

miento como característica de los pacientes afectados por un vacío mental primario, entre ellos los psicoanalistas argentinos Luis Hornstein (2000) y Jaime Lutenberg (2005). Este último también destacó el rasgo de desconfianza que caracteriza a estos pacientes que no creen en la capacidad del terapeuta para ocuparse de ellos porque suponen que todos son como sus objetos primarios, indiferentes a su sufrimiento.

Asimismo, Fonagy y Target (2008) estudiaron la forma de actividad mental imaginativa preconciente en la que falla la capacidad de concebir cómo piensan o sienten los demás, adquirida por una prehistoria de trauma infantil, que se compensa con una hiperactividad en la búsqueda de sentido.

Los principales conceptos de Donald Winnicott

Winnicott elaboró una propia definición de vacío en "El miedo al derrumbe" (1963) donde lo conceptualiza como "momento en el que pudiendo pasar algo, nada provechoso pasó" (Winnicott, 1963, 119) y le permite diferenciar la organización yoica en psicóticos y psicósomáticos con sus respectivos mecanismos de desintegración y no integración.

La integración es para Winnicott, desde los primeros tiempos de vida, el desafío principal del niño (Green, 1996). Su obra no incluye la posición esquizo paranoide kleiniana, en cambio sí valoriza la posición depresiva como el mejor término para definir lo que ocurre entre el niño y la madre entre los seis y los nueve meses de edad. En su teoría, es una relación bipersonal que tiene lugar en condiciones favorables (ambiente facilitador) y que habilita al niño sano a proseguir adelante para enfrentarse al complejo de Edipo. Está ausente en las psicosis y esquizoides, situación que ha llevado a algunos analistas a restarle valor al concepto por no encontrar observables clínicos en estas presentaciones (Winnicott, 1954). Tampoco la pulsión de muerte es imprescindible en el modelo de psiquismo winnicottiano. Para él predomina el esfuerzo de integración psique soma desde los primeros tiempos de vida, siendo una de las consecuencias de sus fallas el sentimiento de futilidad e irrealidad y la organización del falso *self*.

El sentimiento de sí (*self*) y las relaciones con la realidad externa y el objeto interno serán conceptos centrales de su obra. En el escrito Realidad y Juego (1971) aborda tres cuestiones que son importantes para esta clínica.

Una de ellas es el valor de espejo del rostro materno y las complicaciones que la depresión materna trae aparejadas para el cumplimiento de esta función. En el capítulo 9 se pregunta: ¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre?, y responde que por lo general se ve a sí mismo. En referencia a los casos de depresión donde la madre refleja su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus propias defensas dice que allí "...los bebés tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que dan. Miran y no se ven a sí mismos" (Winnicott, 1971, 149) y señala que su consecuencia será la atrofia de la

capacidad creadora y la búsqueda de otras formas de conseguir que el ambiente le devuelva algo de sí.

La segunda referencia de ese escrito, que resulta esclarecedora de la formación del Yo en estos casos, es la diferencia que hace entre los registros de lo reprimido y lo no acontecido. El blanco que es testimonio de un no-vivido, que escapa a toda posibilidad de memorización aun hallándose en lo más profundo del ser tendrá en su teoría el lugar de lo límite a lo analizable, entre la neurosis y la psicosis (Winnicott, 1971).

En las clasificaciones actuales esta categoría diagnóstica se encuentra presente en la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (AFAPSAM, 2002) donde el apego desorganizado está directamente relacionado con el riesgo de organización límite. Los conceptos psicoanalíticos de falso *self*, fallas en la elaboración de la posición depresiva, el campo transicional y fallas narcisísticas se incluyen en esta clasificación.

Y en tercer lugar, el principal aporte de Realidad y Juego (1971) es la dimensión intermedia que ubica entre realidad y fantasía, Yo – no Yo, madre – niño donde se situarán los fenómenos transicionales como el jugar y la cultura.

El juego tiene un valor diagnóstico y terapéutico en la psicopatología y el desarrollo emocional infantil, que en relación con el síndrome descrito se destaca por tres aspectos:

- el juego es una actividad creadora que, como el sueño, se realiza en función de la realidad externa y de la capacidad de confiar. Esta confianza surge de haber recibido los cuidados adecuados durante la infancia,
- sin el juego el niño no desarrolla la capacidad creativa que le permite sentirse real quedando abandonado a satisfacciones instintivas y al sentimiento de futilidad,
- el juego favorece el control de la agresión y la formación del objeto ambivalente bueno y malo, no escindido que favorece la integración del Yo.

En su trabajo “Deprivación y delincuencia”, Winnicott (1954) plantea que la falta de estabilidad familiar se traduce con el tiempo en actos que interpreta como llamados a las instituciones de la sociedad a los hay que responder con tolerancia y comprensión porque son un momento de esperanza. Para él la preocupación por el otro que se manifiesta en el cuidado y el hecho que el otro importa, al igual que la culpa, se aprenden de la vida hogareña, del deseo parental de formar una familia, de soportar los atentados desestabilizadores que la agresividad del niño implica a la organización familiar y de la transmisión de la confianza en la reparación. Es decir, de una madre integrada que no solo satisface instintos, sino que se ocupa de los cuidados y el resguardo general. A diferencia de otros psicoanalistas de su época, como Melanie Klein que realizó una lectura biologicista del desarrollo humano, él dio un valor privilegiado al ambiente.

El aporte de la teoría de Melanie Klein

En “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé” Melanie Klein (1952) plantea la existencia de dos instintos provenientes de fuentes internas y externas: instinto de vida e instinto de muerte. La pulsión de vida produce la integración yoica, la imagen de objeto total y las emociones de confianza, culpa y reparación que caracterizan a la ansiedad depresiva. La posición depresiva contribuye al desarrollo de las funciones yoicas (conciencia, intelecto, defensas y sentido de realidad), la conformación del superyó, la ampliación de fantasías inconscientes y la formación de símbolos y sustituciones.

Lo característico de esta posición es el uso de la defensa maníaca con la que se intenta reparar e inhibir las pulsiones agresivas y revivir el objeto que se percibe como muerto y dañado. También el aumento de la voracidad por el temor a perder el objeto amado, que se acompaña de la culpa e inhibición de impulsos, la negación del amor y posibles regresiones a la posición anterior (esquizo paranoide). Entre las reacciones normales se encuentra el duelo y la movilización de defensas para intentar superarlo, siendo la sublimación la forma más poderosa, egosintónica y realista. Aproximadamente a los 5 años de edad es esperable que el niño supere esta etapa para transitar el Edipo positivo y negativo que destina las ansiedades paranoide y depresiva al conflicto triangular (Klein, 1952).

El análisis puede habilitar a que alguien que fracasó en la elaboración de la posición depresiva infantil elabore un duelo y experimente con posterioridad los afectos correspondientes: tristeza, dolor, pena, culpa y confianza (Klein, 1940).

Estos afectos y defensas fueron trabajados por Winnicott (1963) como parte del desarrollo emocional saludable y también por André Green (1986) al situar el fracaso en la capacidad reparadora y de amar propia de los pacientes que presentan estados de duelo blanco.

La teoría de Green además coincide con la kleiniana en la idea de la psicosis como fenómeno universal en el Yo que hay que analizar. Klein (1952) postuló la hipótesis de una psicosis infantil original inevitable de la primera infancia (posición esquizoparanoide) y Green (1972) agregó en el escrito “Locuras privadas” que ésta se complementa con aspectos no integrados del yo materno que teoriza como locura materna normal donde los cuidados y la actividad pulsional erótica son inseparables.

Ambos se ocuparon de los estados de vacío primitivos y más radicales que la castración, sólo que Klein privilegió su aspecto universal en la primera infancia y Green se centró en las eventualidades traumáticas singulares abarcadas en la denominada clínica del vacío.

Dirección de la cura: intervenciones de contención y límite

Tres rasgos de esta clínica coinciden con lo que Anna Freud (1936) sostuvo para la infancia en general: la imposibilidad del análisis según la regla de la libre asociación; la ausencia de transferencia por desplazamiento y la hipótesis de una parte escindida del Yo. Otros representantes de la *ego psychology* como Heinz Kohut (1971) y Otto Kernberg (1975) se ocuparon de las modificaciones técnicas que hace falta realizar para abordar los trastornos narcisísticos y lo límite en psicoanálisis, siendo el primero el que influyó en Green.

La vivencia de la defectuosa empatía materna con las necesidades del niño, las fallas en la internalización de su función de continente, proveedora de estímulos y fuente de gratificación en la temprana infancia que describe Kohut (1971) son los obstáculos que se deberán soslayar en la cura con estos niños.

Como recurso técnico se desaconseja el silencio mortífero a cambio de la utilización del espacio transicional que en clínica con niños se corresponde con el jugar como hacer en la zona intermedia de experiencia (Winnicott, 1971).

Entre los rasgos distintivos del juego se encuentra la escasa predisposición libidinal en la primera etapa del síndrome donde predomina la desinvertidura representacional y libidinal contemporánea con la depresión materna. Sus carencias en la función de presentadora de objetos, como consecuencia del desligamiento de la libido del mundo propia del duelo (Abraham, 1924), impacta en la capacidad del niño de usar el cuerpo para practicar la manipulación de objetos, el manejo de la coordinación, las habilidades, los juicios y repercute en limitaciones del descubrimiento de lo ilimitado de la imaginación que el juego requiere (Winnicott, 195).

En fases sucesivas del complejo, cuando el niño posee disponibilidad libidinal para jugar, no obstante, predomina el juego exploratorio que produce una presentación clínica de hiperactividad maníaca, con expansión motriz y espacial y escasa permanencia y disfrute en el uso de objetos para fines simbólicos.

En cambio, cuando en el juego la emoción se acompaña del “uso” de símbolos se hace posible la sustitución. Así, el niño puede tratar al objeto y al terapeuta con el odio y/o amor del que es capaz sin que eso signifique la pérdida de los límites del jugar porque es un modo de vínculo que limita la omnipotencia del sujeto sobre el objeto, ya que tiene permitido alcanzarlo, aunque no explotarlo (Winnicott, 1971). Se diferencia así de la vivencia que el niño tiene del objeto materno en este complejo como inalcanzable o dañado (Green, 1986).

El terapeuta que acepte en tratamiento a estos niños necesitará ser alguien receptivo de estas tendencias para sobrevivir a los atentados destructivos sobre los objetos, el espacio y el encuadre. La modificación del ambiente, la adecuada selección de los juguetes y elementos del entorno para preservar la integridad propia y la del niño serán maniobras transferenciales inaugurales de un trata-

miento posible. La ausencia de señal de angustia en el niño delega la función de guardián de los límites de lo posible en el terapeuta. La tolerancia a las reacciones negativas de odio y retaliación posteriores a prohibiciones, y como efecto de la proyección al exterior de lo doloroso no simbolizado típica de la modalidad transferencial de “actualización desimbolizante” (Green, 1972), forma parte de la tarea activa y emocionalmente agotadora que constituye la cura de estos niños. Sin embargo, es una actitud activa que apunta siempre a la vivificación del psiquismo a través de los procesos secundarios y terciarios de pensamiento y no a interpretar la destructividad y el odio al modo kleiniano, que en estos casos implicaría llenar los vacíos con interpretaciones tendientes al delirio (Green, 1972).

El jugar, antes que el delirio, es dimensión transicional, ni realidad ni fantasía, cuya principal característica es la de ser creada a partir de la ilusión de ser encontrada. Esta capacidad no se produce naturalmente, requiere la supervivencia del objeto a las mociones destructivas, única condición para que se produzca la diferenciación de la fantasía y el objeto. Esta acción psíquica está imposibilitada en los pacientes que presentan fallas en la integración y por lo tanto inhibición de la capacidad de fantasear. Para que el niño pueda jugar hace falta que el objeto interno y el externo estén vivos y no sean demasiado persecutorios y que entre ellos haya una mutua acomodación (Winnicott, 1950). Será tarea del terapeuta invertir positivamente los procesos secundarios y terciarios de pensamiento (palabra, juego, dibujo, encuadre y verbalización) para contrarrestar los efectos negativos de la temprana forma de ligazón afectiva que perturbó el desarrollo emocional.

Un tipo clínico frecuente de madre depresiva es la que reinvierte el mundo a predominio de los afectos negativos de odio y hostilidad. El niño puede en estos casos convivir con irrupciones agresivas que imposibilitan el disfrute lúdico, eternizando la vivencia primaria de dolor en el encuentro con el otro. La actitud comprensiva para escuchar y alojar los llamados maternos son momentos de esperanza que se pueden aprovechar en la transferencia para limitar su agresión, estimular la confianza en el ambiente que se le presenta hostil, favorecer la tolerancia a los tiempos de separación de su rol materno y con esto facilitarle al niño ciertos progresos en el desarrollo evolutivo y emocional así como reavivar la ilusión de otro encuentro posible entre realidad y fantasía, entre psique y soma (Green, 1996).

El desarrollo evolutivo puede estar comprometido en estos niños por la pérdida de funciones yoicas o por su no adquisición, contemporáneas con la afectación de la función maternal primaria de estar suficientemente adaptada a las necesidades del niño (Winnicott, 1965). El acceso a los hitos esperables del desarrollo (lenguaje, control de esfínteres, coordinación motriz) implica una aceptación de las pérdidas no siempre accesible a la mamá deprimida. El crecimiento en sí mismo despierta fantasías de muerte (Guy Rosolato, 1974) que, de no ser elaboradas, pueden llevar a la desinvertidura de una de

las principales funciones yóicas en la infancia: el devenir temporal.

La preocupación materna ante la posibilidad de perder al niño, si se torna desmedida, no facilita la ilusión de autonomía que se requiere para el acceso a la simbolización del objeto en su ausencia. Elaborar y contener la ansiedad parental, estimular la confianza en la capacidad del niño de sobrevivir a la realidad externa sin el constante *holding* y *handling* materno (Winnicott, 1963) son objetivos terapéuticos fundamentales.

Las tendencias agresivas del niño pueden no ser toleradas ni contenidas por la madre depresiva como las irrupciones libidinales, lúdicas o no, de expulsar/dañar/suprimir que reflejan su propio estado emocional, lo no ligado del yo materno. Si el niño está en tratamiento estas emociones interpelan a que sea el dispositivo terapéutico el que funcione como liberador de la fantasía destructiva y la capacidad reparadora. Con esto se apunta a constituir la ambivalencia del *self* en bueno y malo, a evitar la escisión que da lugar a la organización del falso *self* originada por el rechazo materno a alguna de las manifestaciones emocionales del niño y la consecuente falta de integración o rigidez defensiva que impide la relajación (Winnicott, 1971).

El fracaso de la actividad sublimatoria se hace presente por la falta de constancia en el juego, la dificultad de estar a solas en presencia del otro y un vínculo con los objetos donde no predomina el terceto amar-usar-disfrutar, sino el par odiar-dañar, siendo un objetivo en la dirección de la cura colaborar con la instauración de la capacidad de restaurar que completa esa serie (Winnicott, 195).

Sobre este aspecto Green (1996), leyendo a Winnicott (1954), afirma que el momento mutativo en el desarrollo del niño tiene lugar cuando se logra la capacidad para la preocupación. La posición depresiva teorizada por Melanie Klein (1952) conduce a la reparación y, por extensión, a la capacidad para la preocupación. Este será el hito que se buscará producir en la consulta con estos niños a través de lo lúdico, esperando que los juegos de fragmentar-unificar, dañar-reparar, descuidar-cuidar se traduzcan en las actitudes de cuidado de sí mismo y del otro que contribuyen a la humanización y la adquisición de la capacidad de sentir empatía. En el mejor de los casos, como se observa habitualmente luego de un tiempo de tratamiento con estos niños, podrán surgir también expresiones afectivas hacia los padres que incluyen el contacto con la piel y la ropa como continentes y limitantes (Anzieu, 1985). Su estilo artificial y mimético al usar palabras para expresar ternura y amor, sin embargo, denuncian el vacío original. La ausencia de ternura y empatía se ejemplifica con algunas nominaciones del entorno familiar y escolar que convive con estos niños: “muñequito de cristal”, “Chucky, el muñeco diabólico”, “en carne viva”. Frialdad, fragilidad y deshumanización son las imágenes negativas que reflejan al niño en el espejo familiar.

Winnicott (1971), influenciado por Lacan y su referencia al Estadio del Espejo (1949), otorga a la madre un rol fundamental por el papel de espejo que su rostro tiene en

el desarrollo del niño. A partir de esta función constituyente él teorizará una manera de ver la técnica como distinta de un hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas y más bien parecida a un devolver al paciente, a largo plazo, lo que éste trae. Es una forma de que el paciente encuentre su persona y pueda existir y sentirse real, extensiva a la familia. A medida que el niño se desarrolla y los procesos de maduración se vuelven más complicados, y las identificaciones se multiplican, dependerá cada vez menos de esta devolución (Winnicott, 1960). Sustituir las imágenes negativas que el entorno construye y atribuye a estos niños y rescatar la capacidad creadora de significarlo positivamente permitirá recortar un marco continente y especular menos teñido de los colores que llaman a las reacciones de hostilidad. El uso de pantallas no se descarta entre las posibilidades lúdicas con ellos, cuyas emociones artificiales pueden integrarse con modelos identificatorios benignos que favorezcan el desarrollo de un sí mismo humanizado, sólidamente integrado, autónomo y diferenciado, aunque sea a partir de lo virtual. Es el caso del niño denominado como “muñequito de cristal” y luego como “Chucky, el muñeco diabólico” quien, después de las entrevistas preliminares, fue significado como “un niño de esta generación” por la familia. Luego de identificarse con lo negativo, el cuidado de una mascota virtual lo iniciará en el universo de la preocupación por el otro y la capacidad de reparación para lo cual necesitará adquirir habilidades de lectura de los signos de malestar en el otro y capacidad de reacción como única forma de silenciar sus llamados.

Sin la sombra del objeto con la que la depresión cubre el Yo materno y moldea al hijo como un blanco, sin los tintes sangrientos de la agresión en los que madre e hijo pueden luego sucumbir, el devenir libidinal y representacional humanizan al niño y lo sitúan en una potencialidad sublimatoria saludable para la elaboración de la posición depresiva y lo preparan para afrontar el conflicto triangular edípico con sus ansiedades y fantasías correspondientes.

Conclusiones

“No se podría indicar en la infancia una necesidad de fuerza equivalente a la de recibir protección del padre” (Freud, 1921, 73), escribió Freud en el siglo pasado.

La falta de tiempo, el poder de la ciencia y la decadencia de las tradiciones y lazos familiares han contribuido a desdeñar ese rol que es fundamental en el desarrollo emocional de cada niño.

La tarea clínica no puede ser otra que la de favorecer y facilitar que el niño crezca con el amparo de adultos que le brinden calidad en los cuidados y un vínculo de dependencia que se transforme progresivamente en una transmisión saludable del buen uso de la autonomía individual.

El saber sobre las complicaciones que el ejercicio de la paternidad tiene y sobre la incidencia del estado emocional parental en el psiquismo infantil son las herramientas clínicas más valiosas para colaborar en esa tarea.

Lo terapéutico del psicoanálisis consiste en alojar al

ser humano que, en su depresión, ha sido rechazado por el sistema productivo y por las redes del deseo de otros humanos y rescatar el valor curativo de la elaboración de una pérdida. Oferta que si es aceptada puede conducir a la reinserción en un devenir libidinal y representacional humanizante y vivificante.

La clínica de la depresión confronta con sufrimientos específicos e intentos de curación expresados en los afectos y mecanismos negativos del dolor, el odio, la proyección, la fantasmática de daño y ruina, la escisión del yo, las defensas maníacas, la desmentida, las enfermedades psicósomáticas y las impulsiones. En este artículo se profundizó en otra forma de presentación de lo negativo: la desinvertidura, la apatía, la alegría artificial, el mimetismo, la frialdad, lo límite.

Todas ellas operaciones psíquicas que aumentan el desvalimiento del niño e interpelan a su detección y tratamiento temprano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, N. y Torok, M. (1978). "Enfermedad del duelo y fantasía del cadáver exquisito" y "Duelo o melancolía". En: *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu. 1978.
- Abraham, K. (1924). "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales". *Obras completas*. Barcelona: RBA Coleccionables, 2004.
- AFAPSAM (2002). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente*. CFTMEA-R-2000. Buenos Aires: Editorial Polemos. 2004.
- Anzieu, D. (1987). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva. 1987.
- Berardi, F. (2007). *La generación post-alfa. Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo*. Buenos Aires: Editorial Tinta Limón. 2010.
- Freud, S. (1900). "La interpretación de los sueños". *Obras Completas*. Vol. 4. Buenos Aires: Amorrortu. 2004.
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos de teoría sexual". *Obras Completas*. Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Freud, S. (1914). "Duelo y melancolía". *Obras Completas*. Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Freud, S. (1914). "Introducción del narcisismo". *Obras Completas*. Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Freud, S. (1915). "La represión". *Obras Completas*. Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Freud, S. (1915). "Pulsiones y destinos de pulsión". En *Obras Completas*. Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu. 2003.
- Freud, S. (1921). "Psicología de las masas y análisis del yo". *Obras Completas*. Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu. 2004.
- Freud, S. (1930). "El malestar en la cultura". *Obras Completas*. Vol. 21. Buenos Aires: Amorrortu. 2001.
- Fonagy, P. y Target, M. (2008) "Apego, trauma y psicoanálisis. El lugar de encuentro entre psicoanálisis y neurociencia". En *Revista Mentalización*. Año I. Número I. Octubre de 2013. Disponible en: www.revistamentalización.com
- Green, A. (1986). "La madre muerta". En *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu. 1999.
- Green, A. (1972). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. 2010.
- Green A. (1996). "El Winnicott póstumo". *Revista de Psicoanálisis de la APdeBA* - Vol. XVIII - N° 3 - 477-493. 1996.
- Green, A. (1996) "El objeto y la función anobjetalizante". En: *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: EUDEBA. 1996.
- Hornstein, L. (2000). "Hacia una clínica del narcisismo". En *Revista Intercanvis*, 21, noviembre de 2008, 87-97. Disponible en: www.intercanvis.es
- Jones, E. (1929). "Temor, culpa y odio" En *Revista de Psicoanálisis*, APA, Vol. V, Nro. 3, Año 1947-1948. Disponible en www.bibliotecadigital.apa.org.ar
- Klein, M. (1927). "Simposium sobre análisis infantil". *Obras Completas*. Disponible en www.psicoanalisis.org
- Klein, M. (1940). "El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos". *Obras Completas*. Disponible en www.psicoanalisis.org
- Klein, M. (1952). "Algunas consecuencias teóricas sobre la vida emocional del bebé". *Obras Completas*. Disponible en www.psicoanalisis.org
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu. 1989
- Kreisler, L., Fain, M. y Soulé, M. (1974) *El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1977
- Kernberg, O. (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós. 1993.
- Lipovetsky, G. (1983). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama. 1992
- Lutenberg, J. (2004). "El vacío mental". *Revista Psicoanálisis: ayer y hoy* - N°1. AEAPG. Buenos Aires. 2004.
- Lutenberg, J. (2005). "El vacío mental". Cauces editores SAC. Versión digital. Disponible en Google books. 2014.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. El Seminario, Libro XI*. Buenos Aires: Paidós. 2012.
- Marty, P. (1990) *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu. 1992
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Editorial Marymar. 1977.
- OMS (2017). "Folleto ¿se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo?". *Campaña mundial de salud pública de la OMS*. Disponible en: www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-despression/postnatal/es/
- Quiroga, S. y otros (1994). *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Kargieman. 1994.
- Recalcati, M. (2002). *Clínica del vacío, anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis. 2003.
- Roudinesco, E. (2003). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2005.
- Rosolato, G. (1974). "El eje narcisístico de las depresiones", *Nouvellet revue de psychanalyse*. Traducción de Anthony Sampson. Número 11, París. Disponible en: <http://tertuliaslacanianas.blogspot.com.ar/2016/01/el-eje-narcisista-de-las-depresiones.html>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. 2008.
- Winnicott, D. (1954). "La posición depresiva en el desarrollo emocional normal". *Brit. J. Med. Psychol.*, vol. XXVIII, 1955. *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ourcult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (1954). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires. Paidós. 2009.

- Winnicott, D. (1959). "Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en unos de ellos". *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (195?). "Notas sobre el juego". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós. 2015.
- Winnicott, D. (1960). "Sobre la seguridad". *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (1960). "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso". *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (1962). "Un modo personal de ver el aporte kleiniano". Conferencia en Los Ángeles. *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (1963). "El valor de la depresión". *Obras Completas*. Psicolibro. Disponible en: www.ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf
- Winnicott, D. (1963). "El miedo al derrumbe". En: *Exploraciones Psicoanalíticas*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 2015.
- Winnicott, D. (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Buenos Aires: Paidós. 1993.