



“Tú eres el que le va a arreglar el cerebro a mi hermano”

Jorge Gómez Blanco y Sandra Toribio Caballero

Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid, España

La presentación de un caso clínico con dos hermanos de una misma familia servirá de marco de referencia a través del cual los autores, sirviéndose de algunos de los conceptos clave del psicoanálisis relacional, mostrarán uno de los posibles modos de abordaje psicoterapéutico dentro de la intervención con familias. El concepto de portavoz, el uso de la transferencia y la contratransferencia, así como el análisis a través del juego clínico de la ilusión serán la base teórica desde la que formular nuevas hipótesis y preguntas acerca de cómo puede el psicoanálisis relacional ayudarnos en la práctica diaria actual dentro de algunas instituciones públicas. El diálogo interprofesionales será usado como herramienta fundamental para entender las dinámicas familiares establecidas, viéndose ambos terapeutas envueltos dentro de ellas y siendo interpelados para resolverlas.

Palabras clave: Familia, Portavoz, Psicoanálisis Relacional, Diálogo, Juego clínico.

The presentation of a clinical case of two brothers from the same family will be used as the framework through which the authors will show one of the possible psychotherapeutic approaches for working with families, using for such goal some of the key concepts of Relational Psychoanalysis. The concept of spokesperson, the use of transference and countertransference, as well as the analysis through the clinical play of the illusion, will be the theoretical base from which the authors will formulate new hypothesis and questions on how Relational Psychoanalysis can help us in our daily practice within public institutions. The dialogue between therapists will be used as a fundamental tool to understand the established familiar dynamics, being both therapists wrapped in them and being, somehow, asked to solve them

Key Words: Family, Spokeperson, Relational Psychoanalysis, Dialogue, Clinical play.

English Title: You are who will repair the brain of my brother

Cita bibliográfica / Reference citation:

Gómez Blanco, Jorge y Toribio Caballero, Sandra (2013). Tú eres el que le va a arreglar el cerebro a mi hermano. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (1): 184-192. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Introducción

"*Tú eres el que le va a arreglar el cerebro a mi hermano Amedio*". Estas fueron las primeras palabras que escuchó Jorge, el terapeuta de Amedio, al salir a recibir a los padres de éste para tener con ellos una primera entrevista. Dichas palabras fueron pronunciadas por el hermano mayor (Marco), quien a la postre acabaría atendiendo Sandra.

El presente caso se atiende en un Centro de Atención a la Familia en un municipio de la Comunidad de Madrid, donde comenzó nuestra andadura profesional como psicoterapeutas. A pesar de que en general los casos que llegaban respondían a demandas individuales, en muchas ocasiones terminábamos atendiendo a varios miembros de una misma familia: por ejemplo, una vez iniciada la psicoterapia con uno de los miembros, recomendábamos a otro u otros que acudieran también al servicio con otro profesional. El **encuadre** era de una sesión semanal durante seis meses. El **seguimiento** tenía lugar 3 meses después del alta, pudiendo reiniciar entonces – si se estimaba necesario – un nuevo proceso de 6 meses de psicoterapia. El **equipo** estaba formado por una Coordinadora y cuatro psicólogos. Había diferentes **formas de derivación** para que el caso llegara al Centro:

- El propio usuario o su familia se ponían en contacto con nosotros
- El caso nos era derivado por parte del Ayuntamiento (Concejalía correspondiente)
- bien el caso nos era derivado desde el Colegio o Instituto de referencia.

Cabe decir, que para nosotros dos, fueron unos años muy intensos, donde llegamos a conocer bien el tipo de población del municipio, las familias, los diferentes centros educativos y la gente que trabajaba en ellos. En muchas ocasiones atendíamos (en un principio sin saberlo), a compañeros de una misma clase. También pasaba con no poca frecuencia que uno de los niños nos contara en la sesión las "fechorías" de un compañero de clase... quien era, a la vez, paciente nuestro o de nuestro/a compañero/a de despacho. Si lo considerábamos necesario y contábamos con el consentimiento de la familia, acudíamos al colegio para coordinarnos con la persona de referencia allí (orientador/a, tutor/a,...): Para nosotros era fundamental contar con esa posibilidad, dado que introducía elementos de realidad que en ocasiones nos eran de vital importancia. En el caso que a continuación exponemos, existió coordinación con el colegio a lo largo del tratamiento. Volvamos ahora al caso.

Caso clínico - Amedio

En el contexto anteriormente descrito recibimos la demanda de atender a un chico de 6 años cuyos padres referían que le costaba trabajo obedecer. Los profesionales familiarizados con el trabajo con niños, reconoceréis este tipo de paciente que se tiraba al suelo, lloraba, quería que le abrazases, te retaba, decía ser "*un tonto y un gilipollas*", mentía o se inventaba cosas, no tenía conciencia ni del peligro ni del tiempo; ese tipo de niño a quien los padres de sus amigos no le dejaban ir a sus casas y los vecinos tampoco. A su vez, y reproduciendo parte de la descripción que los padres hicieron de él, Amedio era un chico encantador, que enamoraba, el favorito del abuelo, el jefe de "los 7 magníficos del colegio", etc. No me

gustaría que nos quedásemos exclusivamente con el calificativo diagnóstico, pero estaría entre lo conocido como un Trastorno de Déficit de Atención (según DSM-IV-TR) y lo que el danés Niels Peter Rygaard denomina "Trastorno de Apego Reactivo": un niño desregulado emocionalmente, con déficits vinculares, problemas de conducta, y principalmente, un déficit narcisista importante. Amedio mide 1 metro y 20 cm aproximadamente, es delgado, pesa 25,7 kg, tiene el pelo corto, cara de listillo, es intrépido, sonriente, se mueve constantemente... Cuando en una primera sesión con toda la familia, aglutinada en un despacho de 12 metros cuadrados, le pregunté por qué estaba esa tarde ahí conmigo, me contestó que porque no se portaba bien. "¿Y qué es para ti portarse bien?", le pregunté. "Cuidar a mamá cuando está enferma", me dijo. Recuerdo como algo se activó en mí cuando escuché aquella explicación. La llegada de una nueva integrante a la familia (la hermana pequeña tenía 2 años), había desestabilizado "la armonía existente/aparente hasta ese momento." Como el contexto familiar es de vital importancia para nosotros, esta es una descripción somera de los padres:

Luis, el padre, es un hombre alto de 38 años, su cara es de rasgos marcados, con un pendiente en la oreja, pelo corto; la primera impresión es de ser alguien agresivo. Es el mayor de cinco hermanos y de pequeño se encargó del cuidado de sus hermanos, en especial de uno de ellos, quien tras sufrir una infección se vio aquejado de una enfermedad limitadora. La madre, Yolanda, también de 38 años, pese a una imagen de aparente tranquilidad en la consulta, llegaba a las sesiones al volante un de monovolumen, aparcando con enorme brusquedad, como pude observar en ocasiones desde el ventanal que hay en la consulta. Durante el primer período de intervención (6 meses) adelgazó 28 kilos. Cabe destacar que su hermana mayor padece problemas de alimentación y que la madre de Yolanda nunca aceptó el matrimonio con Luis, lo que provocaba disputas entre ellos. Yolanda describe a su propia madre como depresiva y dice que ella "siempre ha estado para estar con ella" (para cuidarla). Desde un principio se percibió la necesidad de que estos padres pudiesen beneficiarse de un tratamiento propio, de forma que no terminasen siendo sometidos a una mezcla de *exorcización* y criticismo a ojos de los demás, incluidos profesores, médicos y profesionales como nosotros, críticas ineficaces que no contribuirían para nada a ayudarles; pero ninguno de ellos se encontraba en disposición de afrontar un tratamiento psicoterapéutico propio.

Centrémonos ahora en Amedio, primer **portavoz** (Pichón Rivière) de esta familia. En la primera sesión, Amedio se pasó todo el tiempo moviéndose de un lugar a otro, apenas sin contención, me contó peleas y golpes que recibía de su hermano mayor, y trabajamos algo de la envidia con respecto a la hermana, y sus deseos de ser un bebé. Además, confiesa que los compañeros le tienen miedo, y que él también le tiene miedo a sus compañeros... Yo trato de respirar, creo que en esos momentos es lo único que le puedo aportar: sosiego como base segura para poder iniciar una relación de confianza. Y es que para Amedio, cosas que nos pasan a los humanos, como tener miedo, es equivalente a ser tonto. Entre nosotros, poco a poco, se fue estableciendo una dinámica en la que a través de diferentes juegos, dibujos o cómics, se hacían representaciones, se creaban escenas de ataque masivo por

parte de un grupo muy superior de orcos, dragones y ogros que se comían a niños que eran repelidos en el momento final por la aparición de una poción mágica o un grupo de arqueros muy superior en número. Amedio, de mayor, quería *"ser arquero y pocionista, también veterinario y buscador de diamantes"*. Por aquel entonces mi intervención se debatía entre una necesidad de interpretar los elementos disociativos defensivos omnipotentes de Amedio, al estilo "Kernbergiano", o trabajar desde una perspectiva Winnicottiana, Kohutiana o más afín a la Psicología del Self sobre la detención del desarrollo. Hasta que, gracias a los aportes del Psicoanálisis Relacional, encontré otro marco teórico más amplio, y que para nuestro entender aumenta la capacidad comprensiva del psicoanálisis sin negar que *"el desarrollo de la persona siempre está intrínsecamente relacionado con los contextos específicos en donde ocurre"* (Stolorow, Brandchaft y Atwood). Gracias al delicado equilibrio del juego clínico de la ilusión, trabajando con el concepto y el significado de la ampulosidad/idealización (Mitchell), entendí que la forma de comportarse de Amedio en la consulta era el resultado de un intento de contacto y reconocimiento, que no podía ser únicamente interpretado o soportado empáticamente. Pero entonces, si no podemos utilizar únicamente la interpretación o el sostén, ¿qué hacer cuando nos encontramos con un caso que podría entenderse como un trastorno narcisista en la infancia?

Si el narcisismo se considera una defensa, está indicada una actitud activa e interpretativa; en cambio, si se considera una forma fallida de la vida mental, está indicada una postura cálida y receptiva (Mitchell). Sin embargo, si lo consideramos - como señala Mitchell y como nosotros mismos defendemos - una forma de interacción y participación con los demás, se convierte dentro del entorno clínico en una invitación a una forma particular de interacción. ¿Qué implicaciones tiene para el tratamiento esa forma particular de interacción con el portavoz familiar? Si aparece la ampulosidad/grandiosidad (ser arquero, poder con los dragones, etc.), el niño puede necesitar que le expresemos nuestra admiración o aprecio, o por lo menos que tengamos el cuidado de no interferir; si nos "idealiza", puede necesitar de nosotros que expresemos cierto placer por la admiración de la que somos objeto, o por lo menos que reconozcamos la admiración que nos está demostrando. Responder a esta invitación de manera constructiva tiene sus bemoles y es difícil de explicar (Mitchell): Hay que unirse al niño en una integración narcisista y al mismo tiempo cuestionar la naturaleza y el propósito de esa integración, participando de buena gana en sus ilusiones y mostrando interés y curiosidad genuinos acerca de cómo y por qué llegaron a ser tan serios, lo que constituye el núcleo del sentimiento de seguridad del niño y de su interés por los demás. La ampulosidad y la idealización constituyen, por lo tanto, intentos de llegar al objeto mediante formas conocidas y preferidas de contacto e intimidad.

Si sólo tenemos en cuenta el punto de vista de la teoría de la detención del desarrollo (donde las ilusiones narcisistas se equiparan a una exuberancia espontánea de la niñez y por tanto se estimulan), corremos el riesgo de perpetuar y fortalecer antiguos lazos objetales patológicos. Con un tratamiento este tipo, como el que promulgan Winnicott y Kohut, donde el niño crea un espacio transferencial como contexto intersubjetivo necesario, que no ha existido o ha sido insuficiente para su crecimiento, se reflejan las ilusiones narcisistas, se

estimulan para reactivar el proceso detenido del desarrollo, y se supone que desaparecen por sí solas frente a la realidad y a la comprensión empática del analista sobre las desilusiones que naturalmente experimenta el paciente.

Si por otro lado, nos limitamos a la interpretación de dicho comportamiento como defensa (Kernberg), frenaríamos la producción explícita de la ilusión, haciendo que el niño se amolde a lo que piensa que el terapeuta espera de él, dejando de compartir elementos auténticos de su sí mismo y coartando así su capacidad creativa.

En cambio, introducir una nueva variable en la que el analista se da cuenta de que las ilusiones son medios para conservar los esquemas familiares arraigados de "aparente" seguridad, facilitó el que pudiera ponerme en el lugar de "terapeuta-madre", desde donde el saber que "mi hijo" era un "héroe" me protegería de tomar contacto con sus debilidades. Es decir, si "mi hijo" es "invulnerable", es que yo como "madre" lo he hecho "fenomenal" – con el consecuente refuerzo narcisista de la propia madre, que encajaría con la parte idealizadora del narcisismo del niño.

Mientras todo esto se iba construyendo en mi cabeza, las sesiones llegaron a su fin. Siendo consciente de que quedaba mucho trabajo por hacer con esta familia, y sintiéndome incapaz de "abandonarles" sin haberle "arreglado el cerebro a Amedio", consideré la enuresis de Marco, el hermano mayor, como el síntoma que podría facilitar que la familia no desapareciese por completo del Centro y pudiesen seguir bajo observación. Es entonces cuando empiezan las conversaciones con Sandra para conocer su disponibilidad y saber si estaría dispuesta a ser la terapeuta "suficientemente buena" de Marco.

Caso clínico – Marco

Conociendo a Jorge y las particularidades del caso al haber participado en las coordinaciones con el colegio de los niños, acepté el caso de buen grado.

VIÑETA 1: LA HUIDA. Cité a los padres para una primera entrevista. Esta primera sesión con ellos coincidía con la sesión de alta de Amedio. Jorge terminó la sesión con Amedio minutos antes que yo con los padres. Cuando éstos salieron a la sala de espera – donde se suponía que Amedio debía esperarles – la encontraron vacía. Me preguntaron si Jorge habría terminado ya; llamamos a la puerta de su despacho y nos dijo que Amedio ya había salido. Se dispararon todas las alarmas. Los padres, nerviosos, empezaron a pensar dónde podría estar. Yo perdí al padre de vista, la madre empezó a buscar al niño por los ascensores del Centro. Sin saber qué hacer, bajé a preguntar al conserje y a la señora de la limpieza si habían visto a un niño de 6 años... No había ni rastro de él. La madre se marchó sin haberle encontrado. La llamé al móvil 5 minutos más tarde y me dijo que el padre finalmente lo había encontrado de camino a casa: se había ido sólo a casa sin esperarles.

En esa primera sesión, los padres habían accedido de buena gana que se iniciara el trabajo con Marco, porque el niño, de 9 años, se seguía haciendo pis por las noches. Habían probado de todo: El famoso "Pipí-Stop", médicos varios e incluso que dejara de jugar al fútbol (para no tener que beber agua después, esperando así que no se hiciera pis). Los

padres *no entendían* por qué seguía pasando: *"con lo maduro que es para muchas cosas... yo creo que simplemente no se esfuerza lo suficiente por no hacerse pis"*, dijo la madre.

Los padres llevaban juntos diez años cuando la madre se quedó embarazada; fue un niño no buscado. Fue el primero de los hijos de la pareja y también el primer nieto y sobrino para ambas familias. La madre refiere haber sufrido una depresión post-parto; fueron las abuelas las que, en gran parte, se hicieron cargo de los primeros cuidados de Marco. Fue un bebé muy tranquilo, aunque la madre recuerda estos primeros meses como muy duros y de mucha tensión. El desarrollo transcurrió con normalidad. Los padres consideran importante que yo conozca dos datos. El primero de ellos es que Marco se sigue chupando el dedo (lo tiene constantemente en la boca, y si no es el dedo, chupará otra cosa, como la manga de un jersey); lleva aparato en los dientes. El segundo, es que de pequeño tenía "obsesión" por el chupete: no había forma de quitárselo. Después de intentarlo de varias maneras infructuosas, el padre, harto y hastiado, cogió un día el chupete y una tijera, y lo cortó delante de Marco. Creen que quizás pudo resultarle traumático. Le describen como muy sociable y destacan su importante concepto de la familia. Por ejemplo, cuando Amedio se pierde, Marco se preocupa y se angustia en exceso, casi más que los propios padres, por encontrarle. Cuando Marco llega a la consulta por primera vez, le pregunto si sus padres le han contado donde viene; me dice que sí, que viene al psicólogo porque se hace pis. Acto seguido me pregunta *si yo he visto* a su hermano: Le explico que *le he visto* en la salita de espera cuando ha venido con Jorge, pero que yo no he estado en la consulta con él. Marco, al igual que su hermano, es un niño encantador. Puede jugar, puede incluirme en el juego, puede contar las cosas teniendo en cuenta al otro. En las primeras sesiones, que fueron de evaluación, enseguida aparecieron elementos que los padres no habían destacado: No había duda de que Marco estaba deprimido.

En la Historia del Dibujo Libre, contó lo siguiente: *"Erase una vez un caballo que vivía con un hombre que le trataba muy mal, que no le daba comida y que le daba muy poca agua (recordemos que el motivo de consulta es enuresis). Un día el caballo se escapó de la jaula (en la) que estaba y se fue al campo... al bosque, y vio a unas personas que con unas pistolas estaban cazando animales, le capturaron y le llevaron a una granja, y el señor de allí era muy bueno (ambivalencia). Y un día el señor, como vio que ya era mayor, le soltó, y en el bosque se encontró una familia y vivió con ella. Fin"*. En la encuesta del Dibujo de la Familia, habla de una madre que *"nunca está conforme con nada"*. En el CAT, aparecen como temáticas lo oral, lo ambivalente y lo carencial, así como "madres ausentes". En el Test de Rorschach, da varias respuestas de animales "pegados"; puntúa positivo en el Índice de Depresión (DEPI).

En la sesión de devolución con los padres, entiendo que les tengo que hacer llegar el malestar tan intenso de Marco y pienso en cómo hacerlo sin que se sientan demasiado culposos. Les hablo del bajo estado de ánimo, de la importante constricción afectiva y del intenso malestar emocional. También del negativismo, la agresividad y la rabia contenidas. A nivel contratransferencial, tenía la sensación de que los padres estaban entendiendo la gravedad de cómo se sentía Marco y que estábamos pudiendo trabajar para entender qué podían hacer ellos para manejar ese sufrimiento. Sin embargo, cuando se acercaba el final de

la hora, la madre me preguntó: "pero... ¿crees que mi hijo es feliz?". Me impactó su pregunta... Entonces, ¿no le había llegado NADA de lo que habíamos hablado durante los últimos 45 minutos? ¿Había podido escucharme? ¿Quizás no había sido yo lo suficientemente rotunda? [Cabe decir que estas sensaciones eran compartidas con Jorge en sus sesiones con los padres.]

Marco acudió a un total de 7 sesiones (las 4 primeras fueron de evaluación). En una de las sesiones de terapia (y antes de despedirnos por el descanso de las vacaciones), tuvo lugar la siguiente escena:

VIÑETA 2: LA VENTANA. Una tarde Marco entró en la consulta, tranquilo, como de costumbre. Al preguntarle que qué tal estaba, me contó algo que había pasado el fin de semana: "Cuando estaba con Amedio echándome la siesta, de repente vi que se había levantado y estaba sentado en el borde de la ventana." Teniendo en cuenta los episodios anteriores en los que Amedio se había puesto en riesgo, noté que, al escuchar el relato de Marco, yo había entrado en estado de alerta. Marco le preguntó que porqué estaba ahí, y él le dijo: 'Es que nadie me quiere'. Marco, asustado, corrió a avisar a su padre, quien bajó a Amedio de la ventana y le dijo que no dijera tonterías. Lo significativo de esta escena, a nuestro entender, es que sea Marco quien nos lo cuenta, y no los padres. El que se hizo cargo de la angustia de lo que pasó fue Marco; quizás de alguna forma me lo contaba a mí, como "Tercera" (utilizando el concepto de "Terceridad" de Benjamin), para poderla manejar. Al terminar la sesión, acompañé a Marco a la salita de espera, donde justo llegaba su madre a recogerle. Se tiró a sus brazos y le contó, en mi presencia (Terceridad), lo que había pasado en la siesta del fin de semana. La madre le quitó importancia. ¿Y qué hice yo, a su vez, para manejar la angustia? En cuanto pude, hablé con Jorge (¿el "Cuarto"?), quien enseguida entendió la gravedad de lo que estaba pasando. ¿Qué podíamos hacer ahora? ¿Utilizaba Amedio a Marco como "portavoz" de su necesidad de continuar el tratamiento? Si era así, sin duda lo consiguió. A pesar de que Jorge le había dado el alta a Amedio un mes antes, citó a los padres para una entrevista de seguimiento "extraordinaria", preocupado por cómo estaría.

Conclusiones y reflexiones finales

Nos encantaría poder continuar nuestro relato hablándoos de los progresos que se consiguieron, de la evolución positiva de los niños, y de cómo el trabajo desde el juego clínico de la ilusión entre esta pareja de terapeutas y esta pareja de hermanos contribuyó a su desarrollo. Desgraciadamente, a la vuelta de aquel verano nos comunicaron nuestra no continuidad (como Asociación) dentro del servicio debido a los recortes presupuestarios en el Ayuntamiento, quedándose así infinitud de preguntas en el aire.

Como un medio para digerir aquella pérdida, hemos intentado con este trabajo dar cierta forma y luz a las múltiples dudas que nos angustiaron tras la salida del centro:

Al incluir a Marco y verlo como el catalizador de la angustia o del miedo que Amedio no podía expresar, también pudimos entender a Amedio como poderoso, capaz de llevarnos a todos al límite. ¿Era su ponerse en riesgo la forma de devolver la agresividad que recibía en

forma de castigo, como apuntaría Emilce D. Bleichmar? ¿Estábamos ante el inicio de un Trastorno de Personalidad, donde se utiliza la amenaza de suicidio como peligrosa arma de vínculo a modo de *comunicación por impacto* (Casement) como se refleja en la viñeta de la Huida y la Ventana?

¿Cómo podríamos ayudarnos a nosotros mismos y a esta familia a introducir elementos reguladores y/o a generar nuevos elementos de comunicación y escucha menos traumáticos? ¿Por qué no podían escuchar los padres? ¿De qué no podían hacerse cargo? Para responder deberíamos conocer parte de la historia de estos padres. Nuestra sensación es que hay cosas que nunca nos contaron, que omitieron. Pero,... ¿y si no era así? ¿Y si en realidad teníamos la información necesaria pero no pudimos hacer uso de ella? Muchas veces en el tratamiento con adultos, no tenemos acceso a dicha información y tenemos que lidiar con dichas lagunas. Lo novedoso de esta intervención es que con la inclusión de Marco en el tratamiento, las voces de esta pareja de hermanos se amplificaron y tuvieron eco y resonancia dentro de una matriz relacional familiar en la que estábamos incluidos nosotros como terceridad.

Como de alguna forma señalábamos antes, fuimos colocados (y nos colocamos) en el lugar del Terapeuta Hombre como "Padre" y Terapeuta Mujer como "Madre". Como pareja terapéutica, intentamos trabajar desde hacer algo diferente a lo que hacían los padres: Frente a un padre que manejaba los problemas de conducta desde la agresividad, Jorge pudo manejarla desde el cariño. Frente a una madre deprimida y no responsiva, Sandra salió corriendo en busca de ayuda. Además, el compartir nuestras impresiones en un diálogo abierto y el poder analizar nuestras reacciones propias y las de nuestro compañero para usarlas dentro del marco terapéutico se convirtió en una pieza angular para el abordaje de este caso que lamentablemente no se pudo completar. Conocer a Marco a ojos de Sandra y a Amedio a ojos de Jorge y poder empatizar en un diálogo mutuo genera una riqueza comprensiva que consideramos hubiese tenido buenos resultados.

Pero aún así, como terapeutas, sentíamos que algo se nos escapaba, que algo no estábamos pudiendo entender: Igual que éramos Terapeuta-Padre y Terapeuta-Madre para algunas cosas (confiamos en que positivas), quizás, sin darnos cuenta, fuimos también Padre y Madre en tanto en cuanto que, al igual que ellos, *no entendíamos* lo que estaba pasando. ¿Se trataba de una falta de información objetiva, de una falta de datos, o simplemente los niños nos habían llevado a representar lo mismo que se jugaba con sus padres?

Quizás aquello que no pudimos entender en su momento, eso que sentíamos que se nos escapaba, eran los flujos de la *agresividad* en esta familia. Por un lado, LA MADRE: Ella, que fue cuestionada por ambas abuelas cuando nació Marco (no la sentían capaz de ser buena madre), quizás utilice a forma de "venganza" el hecho de que Marco esté deprimido, como queriendo decir "el *hijo* que *vosotras* habéis criado *os ha salido mal*". Deprimir a Marco frente a narcisizar a Amedio en exceso y patológicamente (por supuesto de forma inconsciente), ya que con él si pudo y la dejaron ser madre. Desde aquí quizás se pueda entender mejor que hubiera muchas partes del sufrimiento de Amedio que no pudiera ver o digerir. ¿Cómo explicar el hecho de que tampoco pudiera conectarse con el sufrimiento de

Marco? Quizás porque los dos estaban deprimidos, los síntomas confluían y por lo tanto eso era un punto ciego (colusión).

Agresividad también en EL PADRE, que se servía de la agresividad física (en forma de cachetes o azotes) para intentar controlar a los niños.

Agresividad entre LOS HERMANOS, posiblemente provocada por los celos entre ellos y la lucha por encontrar un lugar desde el que ser vistos ante la llegada de la nueva hermana.

Los padres no podían ver o entender la agresividad, ya que confluía con sus síntomas o con su historia... pero quizás nosotros tampoco pudimos verla porque, de alguna forma, también confluía con nuestra propia dificultad para manejarla con ellos. Y es que considerar a la familia como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a afrontar lo mejor posible los problemas que surgen en el devenir vital a veces tiene estos inconvenientes.

REFERENCIAS

- Benjamin, J. *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Paidós
- Bleichmar, E. D. Conferencia "Espectro de los trastornos narcisistas en la infancia y adolescencia", Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (06/10/11).
- Casement, P. (1990). *Aprender del paciente*. Amorrortu. Buenos Aires
- DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos. Masson.
- Kernberg, O (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Manual Moderno. Buenos Aires.
- Kohut, H. (1996). *Análisis del self*. Amorrortu ediciones. Buenos Aires.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. Siglo XXI. España
- Pichon Rivière, E. (1979). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rygaard, N. P. *El niño abandonado: Guía para el tratamiento de los trastornos de apego*. Gedisa Editorial.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. *Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach*.
- Winnicott, D. W. *Obras escogidas*. RBA.

Original recibido con fecha: 9-4-2012 Revisado: 11-2-2013 Aceptado para publicación: 22-2-2013