Psicoterapia en la primera infancia: procesos psíquicos y representaciones mentales

Presentación CSMIJ Granollers
M. Ibáñez
Granollers 02-05-2013

Introducción

- Reflexiones sobre la práctica de la psicoterapia en la infancia que permite trabajar con el mundo interno de los niños y producir cambios.
- cambios que pueden producirse tanto en los *procesos psíquicos* del niño como en las *representaciones mentales*, dependiendo de la gravedad del trastorno psicopatológico que tratamos
- integra los conocimientos que aportan las investigaciones actuales sobre las interacciones precoces, el apego, el desarrollo del si mismo, la intersubjetividad y la función reflexiva.

Introducción

- Se detallan los aspectos relevantes de estas funciones psicológicas
- A través de un caso clínico, se muestra como centrando el trabajo terapéutico en estos sistemas psicológicos, a través de diferentes técnicas como la video intervención, se pueden producir cambios en los procesos psíquicos del niño o en las representaciones mentales, dependiendo de la gravedad del trastorno psicopatológico que tratamos.

Introducción

- Target y Fonagy (1994) evalúan la eficacia del tratamiento psicoanalítico (mayor intensidad terapéuticad: tres o cuatro sesiones semanales) y de la psicoterapia psicoanalítica (menor intensidad terapéutica: una o dos sesiones semanales) para niños y adolescentes, en este estudio concluyen que hasta los 6 años los niños mejoran mucho su desarrollo psicológico con la intervención psicoanalítica tanto la de mayor intensidad como la de menor intensidad, de los 6 a los 12 años la frecuencia semanal de sesiones tampoco marca una diferencia sobre los resultados, sin embargo de los 13 a los 18 años, si (Fonagy yTarget, 2003).

Introducción

- Estos autores plantean la interesante distinción entre tener como objetivo terapéutico el **producir cambios en *los procesos psíquicos*** del niño y tener como objetivo **producir cambios en *las representaciones mentales***. El primer objetivo se requiere en trastornos psicopatológicos graves como psicosis, espectro autista, trastornos límites de la infancia. El segundo objetivo se requiere en los trastornos psicopatológicos de la serie neurótica, reactivos o en las variaciones de la normalidad.

Introducción

- Esta revisión de la eficiencia del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico y los enfoques terapéuticos posteriores, dirigidos a producir cambios en *las representaciones mentales* y en *los procesos psíquicos,* se apoyaron en los grandes progresos de las investigaciones sobre el desarrollo psicosocial del bebé de los años 80, cuyos ejes principales son, *el estilo de apego*, *la función reflexiva del cuidador*, *las interacciones*, *el desarrollo del si mismo* y *la intersubjetividad*.

DESARROLLO TEMPRANO DEL APEGO A TRAVÉS DEL ENCUENTRO INTERACTIVO, REGULACIÓN EMOCIONAL

REL.OBJ/MOI

sensitividad

encuentro interactivo

regulació mutua

neurofisiología

temperamento

madre **bebé**

regulación emocional

Acordage afectivo

Envoltorio pre-narrativo
Intersubjectividad
Versus vinculo seguro
mentalización

La reactividad i la regulación emocional tienen el origen en la neurofisiologia del bebé hay diferencias individuales (Barr&Lehtonan 1998), pero la interacción madre-bebé tiene una influencia sobre la regulación emocional a través de la regulación mútua

EL SISTEMA DE APEGO

- El MOI *seguro:* el individuo frente a un conflicto que le activa el sistema de apego capta la situación de conflicto, siente la necesidad de pedir ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como alguien que merece ser ayudado y se representa la relación entre los dos en la confianza de que el otro lo ayudará si lo necesita, en una relación que será eficaz, que ayudará a mejorar el problema y le confortará.

EL SISTEMA DE APEGO

- El MOI *inseguro preocupado*: el individuo siente la necesidad de ayuda, capta la situación de peligro y pide ayuda al otro significativo, pero se representa a sí mismo como alguien que no merece ser ayudado, que el otro no le ayudará si lo necesita y esto pasará en una relación de emociones negativas de ira y recriminaciones hacia el otro porque no tiene interés por ayudarlo. La ayuda del otro no será eficaz, el problema no se resolverá y él no se sentirá confortado. Este individuo preocupado en relación al apego desarrollará una estrategia secundaria de reclamar mucha ayuda pero no podrá construir el sentimiento de seguridad. Vemos que en este MOI las emociones se expresan libremente y entran en la relación, sobre todo las negativas.

EL SISTEMA DE APEGO

- El MOI *inseguro evitativo:* el individuo no siente la necesidad de ayuda por parte del otro significativo, capta de alguna manera la situación de conflicto pero no pide ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como no merecedor de ayuda, en una relación en la que él minimiza su propia necesidad y exculpa al otro que no le ayuda. Se idealiza al otro y el sujeto se siente más capaz de lo que en realidad es de protegerse por sí mismo. Integra como algo normal el rechazo del otro significativo, lo valora positivamente y no puede conectar con la representación de "niño necesitado de ayuda", por lo que el problema no se resolverá.

EL SISTEMA DE APEGO

- El sujeto lo negará como problema, no se sentirá confortado pero pensará que le es indiferente, ya que a él no le hace falta, al no tener necesidad de nadie. Vemos que en este MOI la expresión de las emociones está restringida, tanto las positivas como las negativas. Este individuo evitativo respecto al apego ha desarrollado una estrategia secundaria para mantener al cuidador principal cerca de él, no reclamando ayuda y construyendo una representación de sí mismo con orgullo de ser capaz de protegerse sólo, sin poder conectar con sus sentimientos de malestar ni con su "parte infantil".

EL SISTEMA DE APEGO

- MOI *desorganizado:* Descrito en los niños y relacionado con estados mentales de duelos y traumas (maltrato, abuso) no resueltos en los cuidadores principales. El niño ve el conflicto, pero todo el encuadre experiencial se vuelve caótico. El otro significativo es representado como incapaz de ayudar en el problema, el adulto se infantiliza, el niño se representa en actitudes de adulto, protegiendo a los cuidadores principales. La relación se representa como caótica, bizarra y destructiva, los encuentros relacionales conllevan violencia, destrucción de ambos partenaires, y el encuadre externo no animado (mobiliario, decoración, etc.) se destruye con la violencia de la relación y cobra cierto animismo bizarro. Este MOI está muy asociado a la psicopatología.

LA FUNCION REFLEXIVA/MENTALIZACION

- *La Función Reflexiva (FR)*: Fonagy, Target, Steele y Steele, (1998), Steele y Steele, (2008). ,han presentado una descripción operativa de una función mental, la FR, que organiza la comprensión de la experiencia intrasubjetiva e intersubjetiva. En líneas generales, la definen como la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros, de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y los comportamientos, de considerar también la perspectiva del desarrollo para entender los cambios en los estados mentales y la necesidad de tener en cuenta el curso del contexto coloquial en el que tiene lugar la relación.

LA FUNCIÓN REFLEXIVA/MENTALIZACION

- *¿Porque cree Ud. que sus padres se relacionaron y se comportaron con Ud. del modo que lo hicieron durante la infancia de Ud.?*
- *¿Cómo cree Ud. que sus experiencias infantiles han influenciado su personalidad adulta?, ¿Algo de lo que ha vivido durante su infancia según me ha contado Ud. cree que ha sido un freno para su desarrollo?*
- *¿Se sintió alguna vez rechazado por sus padres durante su infancia?*
- *En relación a la pérdida de este ser querido/de este abuso/de este trauma, ¿cómo se sintió en el momento que ocurrió? y ¿cómo han cambiado sus sentimientos respecto a esta experiencia a lo largo de los años?*
- *¿Ha habido cambios en la relación con sus padres desde que Ud. era pequeño hasta ahora?*

LA FUNCIÓN REFLEXIVA/MENTALIZACION

- Las respuestas nos mostrarán si la persona puede evocar su estado mental en la infancia y en la actualidad y si puede evocar el estado de la mente de sus padres en su infancia y en la actualidad. También nos mostrarán si el individuo entiende que el paso del tiempo y el desarrollo de las diferentes etapas de la vida permiten cambios de punto de vista. En suma, podremos analizar su narrativo desde la perspectiva de la FR

Las Interacciones

- *Las Interacciones:* Stern (1985) recoge en su trabajo sobre "El mundo interpersonal del infante" los descubrimientos sobre las *competencias interactivas* del bebé, estos muestran que están activas desde las primeras horas de vida, y que los adultos presentan unos patrones estables que se ajustan a las capacidades de interacción de los bebés y que se adaptan al momento del desarrollo del niño

Las Interacciones

- . Los estudios sobre el sistema interactivo describen la existencia de un protodiálogo en el que el bebé y las figuras de apego responden de manera automática a las señales, gestos y ritmos de su compañero. En este protodiálogo hay una regulación ajustada de la excitación que puede tolerar el bebé (Sroufe, 1996), y aparecen mecanismos de reparación en ambos partenaires de los desajustes inevitables en la interacción (Beebe & Lachmann, 2002)

Las Interacciones

- Conexión
- Colaboración
- Autonomía
- Limites
- Organización Espacio
- Organización Tiempo
- Discurso

Si Mismo (self)

- Stern también describe en esta época el desarrollo del sentido del *si mismo* que se ve estimulado por los intercambios interactivos en los cuatro primeros años de vida.

- Describe el sentido de un *si mismo emergente*, que se forma desde el nacimiento hasta la edad de dos meses que promueve el sentido de la cohesión física más temprano.

- El sentido de un *si mismo nuclear*, que se forma entre las edades de dos y seis meses, en este periodo el bebé gana suficiente experiencia para crear un punto de vista subjetivo, en este periodo describe el núcleo de experiencia "si mismo" con el otro que es esencialmente un otro que regula al niño, y le propone experiencias que le permitirán más adelante la autorregulación.

- El sentido de un *si mismo subjetivo*, que se construye entre los siete y quince meses, en esta etapa se consolida el intercambio intersubjetivo, el otro interlocutor en la relación (la madre/ cuidador principal) en sus interacciones con el bebé, para estimulara la intersubjetividad, debe ir más allá de las imitaciones verdadera, que han sido una parte importante de su repertorio social durante los primeros seis meses y desarrollar un formato de "tema-y-variaciones" con desajustes lúdicos que estimularan la lectura intersubjetiva del bebé de las intenciones del otro. La calidad de los intercambios interactivos en este periodo del desarrollo del si mismo, puede verse perturbada en las situaciones clínicas, por lo que es uno de los objetivos importantes de las intervenciones psicoterapéuticas precoces.

- Un sentido de un *si mismo verbal* que aparece a los 24 meses, en este periodo emerge el lenguaje sobre las experiencias de vida propias. Se crea así un nuevo campo de experiencia relacional más abstracto, diferido de la experiencia compartida en el momento. El desarrollo del si mismo verbal permite al niño entre los 3-4 años organizar una narrativa propia que vehiculiza su interpretación de las actividades humanas, las de los otros y las propias, a manera de "trozos de historias",

- en esta etapa se construye el *si mismo narrativo autobiográfico* que organiza el sentido de la identidad propia y es muy importante para los desarrollo psicológicos posteriores. Sin embargo si el pasado vivido y el pasado narrado son muy discrepantes, o lo actual vivido y lo actual narrado es muy discrepante, el niño puede, mientras construye historias en este periodo, establecer distorsiones de la realidad y crear una distorsión importante en su identidad, el "falso si mismo" que contribuye de forma importante a la perturbación mental en estas edades y posteriores, y foco también de las intervenciones psicoterapéuticas de esta edades.

Intersubjetividad

- *La Intersubjetividad*: A raíz de sus investigaciones, Trevarthen y Aitken (1994) proponen que la *intersubjetividad* emerge en dos fases. Una *fase primaria*, en la cual la relación de intersubjetividad está arraigada en intercambios emocionales y propioceptivos del bebé con sus cuidadores. Una *fase secundaria* que emerge alrededor de los nueve meses de edad. En esta etapa del desarrollo hay un desarrollo considerable de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. A partir de esta edad los bebés empiezan a captar de manera rudimentaria que sus cuidadores tienen intenciones propias, diferentes de las de él mismo.

Intersubjetividad

- Durante el segundo año de edad: (1) los bebés apuntan y señalan hacia objetos de interés; (2) les enseñan activamente a sus cuidadores objetos de interés; (3) empiezan a pedir que sus cuidadores los acompañen para compartir objetos o situaciones que los deleitan; (4) empiezan a gozar de juegos que requieren de una cooperación más intensa con sus cuidadores. (Marrone, Cortina y Diamond, 2006).

Conclusiones

- Es fácil imaginar que el desarrollo del *si mismo* y de la *intersubjetividad* necesitan un interlocutor en la relación, sensible y empático a este aspecto del funcionamiento del bebé, niño pequeño. En la psicopatología de la primera infancia, ésta es una de las funciones qué más se ven afectadas, así que es también uno de los objetivos diana de nuestras intervenciones terapéuticas. Un bebé y niño pequeño que no ha podido ejercitar sus capacidades de intersubjetividad puede poner en riesgo sus procesos de discriminación individual y de construcción del si mismo.

Conclusiones

- En las décadas del 2000 y del 2010, a raíz de estos descubrimientos sobre el desarrollo psicosocial precoz, se implementan técnicas psicoterapéuticas sobre las relaciones de apego e intersubjetivas que incluyen el trabajo sobre las interacciones entre el niño y sus cuidadores principales, o entre la pareja parental.

Conclusiones

- Tomar las interacciones como objetivo terapéutico permite abordar sus diferentes dimensiones: la corporal, la emocional y la de los estados mentales. A la vez que trabajar con la intersubjetividad permite trabajar con la intrasubjetividad y la función reflexiva.

Conclusiones

- El método psicoanalítico ha sido un instrumento privilegiado para explorar la intrasubjetividad, y ha aportado esquemas comprensivos para dar cuenta del funcionamiento psíquico del individuo en su forma de vivir la experiencia y de pensarla.

- Ha incluido, como hipótesis principal, el concepto del Inconsciente como impulsador de muchas conductas que escapan a la comprensión y al control del sujeto.

- Sin embargo ha sido la reformulación moderna sobre la intrasubjetividad y la intersubjetividad, avaladas por la pruebas aportadas por la investigación sobre la psicología del desarrollo psicosocial y emocional, la que ha permitido re-incluir el mundo interno y los estados mentales en el panorama de la práctica clínica basada en la evidencia

Conclusiones

- . Esto ha sido de especial interés para la práctica de la psicoterapia en la primera infancia, permitiendo dar un lugar primordial al desarrollo de los *procesos psíquicos* y de las *representaciones mentales* psico sociales del bebé, lactante y niño pequeño y a la influencia que las relaciones de crianza y la parentalidad tienen sobre dicho desarrollo.

Conclusiones

- En la Unidad de psicopatología de 0-5 años del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de San Juan de Dios de Barcelona utilizamos estos enfoques para abordar la psicopatología de la primera infancia.
- la elección de objetivo del trabajo psicoterapéutico, se mueve entre tres campos: a) centrarse en el niño y su funcionamiento mental individual exclusivamente, b)centrarse en los padres y su funcionamiento mental como tales exclusivamente y c) centrarse en la relación entre ambos.

Conclusiones

- En los *trastornos neuróticos*, reactivos o variaciones de la normalidad podemos trabajar a nivel individual con el niño pequeño a partir de los 3 años de edad dado que el *si mismo verbal* ya está desarrollado y ya dispone de un bagaje representativo propio sobre el que se puede trabajar a través del juego. El objetivo de la intervención terapéutica es ayudarle a reorganizar sus representaciones mentales sobre si mismo, los otros y su propia experiencia, a la vez que hacer progresar sus fantasías propias de la edad. En este caso trabajamos sobre las representaciones de apego y sobre las fantasías inconscientes censuradas por la incipiente consciencia moral del niño pequeño.

Conclusiones

- En los *trastornos límites de la infancia*, actualmente incluidos en el espectro autista de baja afectación, en los que el desarrollo del *si mismo* se ve afectado, siendo difícil la aparición del *si mismo subjetivo, verbal y autobiográfico*, por fallos en la construcción del *si mismo nuclear*, acostumbramos a trabajar tanto con el niño individualmente, como con los padres en tanto padres del paciente y la relación entre ambos a través del sistema de apego, de la función reflexiva y de las interacciones de crianza, dado que influyen en el desarrollo de estas funciones psicológicas.

Conclusiones

- En estas edades tempranas, en las que el cerebro está en pleno desarrollo y cambio, es difícil establecer cuando un trastorno psicopatológico afecta directamente una función psicológica o la disfunción de ésta es el resultado de las limitaciones de uso que conlleva el mismo trastorno psicopatológico. Por ello es importante ofrecer en estas edades tratamientos psicoterapéuticos que estimulen el desarrollo psico-social, rebajen al máximo el estrés en las relaciones de crianza y ofrezcan a los padres medios para ajustarse lo mas posible a las capacidades interactivas de su hijo.

Conclusiones

- Al mismo tiempo existe una graduación de la intensidad del trabajo terapéutico posible que puede realizarse a un nivel conductual, a nivel de los estados mentales subyacentes a las representaciones de apego, de la función reflexiva/mentalización, de las fantasías inconscientes censuradas desveladas a través de la transferencia, y de la reelaboración biográfica de las experiencias pasadas.

- Este abanico de registros de intervención lo usamos en función de las características del funcionamiento psíquico del paciente que puede variar en los diferentes momentos de la evolución de su trastorno , del tratamiento y de la etapa del desarrollo por la que atraviesa.

Caso Video Intervención

- Marina