

# o ENFERMAR PSIQUICO DO NENO

Manuel Lopo Lago Psic610go Clinico. Gabinete KARMA

*Enfermar psíquico, enfermidade psíquica, psicopatoloxía*, non é a miña linguaxe habitual cando fago (facemos, formo parte dun Equipo de Terapia Breve, e nada do que opino, ou fago que teña relación coa nosa profesión esta libre das súas influencias) terapia.

Partimos dunha base moi diferente, dunha forma de traballo moi diferente, dunha filosofía moi diferente; non partimos dunha causalidade lineal senón circular, non traballamos co pasado senón co presente e cara ó futuro, non cremos (nin pretendemos) que exista unha VERDADE, unha soa realidade ou un so camiño cara ó cambio senón moitos.

Non é desde logo un título que axude a que nos sintamos cómodos (*¿xogamos en campo contrario?*), non está escrito na nosa linguaxe, pero igual que facemos cos nosos clientes, empregamo-la súa linguaxe.

Son xa 14 anos os que os máis antigos do equipo de Karma (Celia Cameselle e Manuel Lopo), comezamos a traballar nos ámbitos da Psicoloxía Clínica e a Psicoloxía Educativa (por certo un contexto marabilloso para ver desde outro ángulo a moitos nenos con "*enfermidades psíquicas*", e no que Mitos como o de "malos pais", "os celos", entre outros, forman parte da linguaxe de *moitos/as mestros/as* que non empregan, non obstante, esta linguaxe coa corrección profesional coa que un/unha psicanalista o faría, xerando unha serie de efectos nos *diagnosticados*, os que se lle deu en chamar Pigmalión negativo ou efecto Rosenthal).

Non traballamos sempre igual, nin coas mesmas formulacións, e espero dentro doutros 14 anos seguir dicindo 0 mesmo.

O comezo do noso traballo e durante bastante tempo estabamos cos pais na 1ª entrevista da fase que chamabamos diagnóstico (xa naquel tempo non tiñamos clara a utilidade do diagnóstico máis alá da imaxe de seriedade que podíamos dar diante dos pais, polo feito de pasarlle algúns test proxectivos ós seus fillos), o entregarlles (última sesión da 1ª fase) e unha vez comezada a terapia en sesións de seguimento que se producían esporadicamente cando nos parecía interesante comentarlles algo (ou cando nos parecía conveniente que fixeran algo diferente cando o problema se presentaba), raramente cando eles o pedían (xa que este tipo de consultas se nos facía na sala de espera *e/ou* por teléfono). Tiiiamo-la sensación de se-los depositarios do problema, os que se pedía que o solucionaran (quizais por non marcar claramente 0 contexto desde o principio) e con moi pouca implicación real por parte dos demandantes (en Psi. Educativa esta sensación acrecentase se non consegués defínir-la relación e o contexto desde o primeiro momento co profesorado e a Dirección). Aínda tendo moi en conta as informacións dos pais, dedicabamos bastante máis tempo a estar cos fillos (*pacientes designados*). 0 resultados non eran totalmente os apetecidos e sempre tiñamo-la impresión de que ideas, sentimentos, crenzas, principios ou condutas dos pais mantiñan o problema. Nun dos nosos primeiros casos (2 irmáns que facían case diariamente pis pola noite) sorprendeunos que o pai non acabara de aceptar que os nenos estaban deixando de facelo (a diferenza co antes era de 28 noites mensuais a 3), o pouco tempo de reamata-la terapia, (15 días ou un mes) os pais separáronse.

Isto pareceunos do máis curioso. Era *como se* o comportamento dos irmáns fose necesario para manter unidos os seus pais, aquilo que estudiamos (pola nosa conta) o que en Palo Alto chamaban *Homeostasis Familiar*. Pode que este e outros casos parecidos conduciran o noso traballo cara a terapias da Comunicación, Terapia Familiar, Terapia Sistémica, Terapia breve.

Durante bastante tempo o faciamos dunha forma asistémica e aínda cando nos comentabamos os casos, traballabamos individualmente. Apetecíanos comezar a traballar con espello unidireccional ou con cámara e con, polo menos outro terapeuta. Non nos decidiamos. Criamos que o que lle teriamos que cobrar os clientes (pais neste caso) era demasiado.

O cabo dun tempo, fai aproximadamente 3 anos, a raíz dun proxecto de terapia familiar para reinsertar nenos nas súas familias de orixe, decidimos comezar a traballar desta forma cos caos do proxecto. Tomamos contacto con Juan Daponte (que sería co tempo o terceiro membro do equipo) que xa tiña experiencia de traballar con este modelo de terapia.

Os resultados acompañaronnos de tal maneira que neste momento traballamos así tódolos casos que tratamos no despacho (excepción feita dos estritamente educativos). Actualmente sempre ou case sempre temos as sesións conxuntas cos membros da familia que queiran estar presentes, aínda que en determinados momentos da sesión falemos con pais e fillos por separado (fundamentalmente, aínda non só, a hora das prescricións, o final da sesión).

Non contemplamos a Clínica Infantil, de Adolescentes, de Adultos como subespecialidades dentro da Psicoloxía Clínica e/ou a Terapia. Diriamos basicamente o mesmo en calquera das mesas destas Xornadas.

O noso traballo consiste en formular uns obxectivos terapéuticos concretos, crear co cliente unha nova realidade na que o problema xa non estea presente, "escouitar" o que nos di (en iso sempre esta a solución, aínda que as veces non a atopamos), facer reencadramentos aceptables e cribles polo cliente, dar-las tarefas necesarias para que o cambio comeze a producirse, e unha vez que comezou, acompañar ou os clientes no seu cambio e tratar de amplificalo. Por suposto que temos en conta como e, e a idade da persoa ou persoas que están presentes na ou as sesións pero, en principio, tanto nos do diagnóstico que se lle dera (se e que se lle deu algun) ou se o *Paciente designado* e Infantil, Xuvenil ou Adulto. Tratamos de adaptarmos o mellor que sabemos as situacións coas que nos imos atopando (en ocasións traballamos as sesións en ausencia do *paciente designado* cando este se negaba a vir, e dicir, cos seus pais e a veces irmáns, con bos resultados). Con nenos/as e adolescentes como *pacientes designados*, nosa axuda (en educativa isto vai ser máis implicado se cabe), e pedida polos pais que son os verdadeiros clientes e demandantes. Se algun ten motivación cara a un cambio son os pais, e a eles a quen preocupa (tamen as veces a outros adultos significativos no contorno do neno/a), o que observan que fai ou di o seu fillo/a.

O neno as máis das veces, nin esta nin deixa de estar motivado cara o cambio, as verdadeiras forzas van ser as dos pais, ou mellor as do pai/nai implicado no asunto (as veces os clientes/ demandantes poden ser institucións responsables dos nenos/as. Podemos conseguir que cambios nos pais produzan cambios no fillo/a aínda que este/a non estea presente. Un cambio nunha parte do sistema xera cambios nas demais partes dese sistema.

Se por *enfermar* do neno entendemos tamen o do adolescente, en bastantes casos imos traballar con unha persoa a que levan o psicólogo de forma máis ou menos obrigada, o cal non facilita o noso traballo.

Na nosa vida profesional nos temos atopado con nenos/as que mollan as sabas e/ou a súa roupa, con nenos e nenas tristes, paralizados/as polo medo, que foron obxecto de abusos sexuais, de malos tratos, que non facían caca ou que a facían, que tiñan 40° de febre (sen causa física algunha) de forma case diaria, que comían de máis ou de menos, que ameazaban con suicidarse, que tiñan unha conduta insufrible, que choraban e vomitaban no autobús do Colexio, ou o entrar nel, ou o entrar na aula, que non quitaban a cazadora no despacho nin suplicándollo, que comían papeis, que non entraban en determinada habitación, que se levantaban dormidos e mexaban na lavadora, que se comunicaban agredindo ou agredíndose, que oían voces e vían couas. Ou, falando a linguaxe do "cliente" (que me pediu que interveña nestas Xornadas, non olvidemo-lo título que lles puxeron e incluso as diferenzas que se establecen entre psicólogos clínicos e psicólogos clínicos psicanalistas): Enurético, Encopretico, Deprimido, Regredido ou Fixado nas distintas fases, Fóbico, Celotípico, Neurótico (coas súas numerosas variacións) Psicótico, etc.; noutras terminoloxías (sistemas de crenzas) tivemos diagnósticos de "corpos abertos" "posesións demoníacas"... Será que o fala-la nosa linguaxe, que non contempla este tipo de clasificacións, non nos chega este tipo de clientes (coas súas diversas formas de *enfermar*) e nos estamos a falar doutras cousas (recordemo-lo vello argumento "*a Esquizofrenia e incurable, logo si "curache" a un Esquizofrenico; ou non*

o "curaches" ou non era un Esquizofrenico "); aínda tamen e posible que fora mal diagnosticado, xa sabemos que nisto do dagnóstico hai moitos erros.

Sera tal vez que a normalización (despatoloxizar) que implica describi-las situacións en lugar de patoloxizalas trae consigo bos resultados, ademais de face-lo proceso mais breve e con moi poucas sesións.

Preguntamonos se sería interesante que todos autoavaliasemos noso traballo, facendo" por exemplo, seguimentos a nosos clientes. Cremos que con iso contribuiríamos a facer da nosa formación como psicólogos clínicos ou terapeutas (se e que así tenen a ben consideramos as diversas institucións dunha ou doutra escola que estan sendo creadas para iso, a aqueles/as que, que dunha ou doutra maneira, nos inclinamos pola Autoformación) un proceso continuo no que constantemente aprendamos novas cousas (gracias os clientes e o noso propio proceso de reflexión). Neste momento estamos preparandonos para impartir un "curso de Formación de Terapeutas" (a raíz da entrada do xa cuarto membro do equipo, Jose A. Muniz, tamen con experiencia con este sistema de traballo) e neste mesmo proceso comezamos unha interesante reflexión de Equipo que nos ensinasra moito sobre como traballamos, isto sen contar co que os alumnos/as nos faran aprender ó respecto.