

Terrorismo parental: cuando los padres atentan contra sus hijos

Antoni Talarn¹ i Anna Rigat²

La experiencia clínica en el ámbito de la asistencia en salud mental infantil suele mostrar como el sufrimiento emocional de los niños está indisociablemente vinculado a ciertas dificultades relacionales con sus figuras de apego. Pero, en no pocas ocasiones, quizás imbuidos por un modelo implícito de enfermedad mental de corte biomédico, o impelidos por las circunstancias familiares y/o administrativas, los profesionales acaban tratando únicamente al niño. Se deja entonces, de lado la situación familiar, que es la que genera y nutre las manifestaciones sintomáticas que motivan la consulta.

La descripción de estas inconsistencias familiares y asistenciales, que a veces suelen conjugarse en un claro perjuicio para el niño, nos permite establecer ciertas analogías con el fenómeno del terrorismo y presentar el término de terrorismo parental. Razonamos, entonces, en términos de víctimas y victimarios y nos cuestionamos el papel de ciertas prácticas profesionales, que pueden actuar en colusión con la patología familiar.

Ilustran estas reflexiones tres viñetas clínicas en las que se muestra como los niños y su supuesta psicopatología son, básicamente, un claro reflejo de las proyecciones patógenas de la familia o el sistema sanitario.

¹ Dept. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Univ. de Barcelona.

² CDIAP de Olot y la Garrotxa, Girona.

Creemos no equivocarnos si afirmamos que muchos, por no decir todos, los profesionales de la salud mental infanto-juvenil se han encontrado en numerosas ocasiones con niños y adolescentes cuyo padecer esta íntimamente relacionado con el proceder de sus progenitores. Cuando este padecer y este proceder son muy extremos estos profesionales se ven en la imperiosa necesidad de tratar a ambos protagonistas de la demanda, los padres y los hijos. Y, muy a menudo, sin un adecuado tratamiento de los padres es muy difícil mejorar la situación emocional de los pequeños. Pero no son pocas las ocasiones en las que los padres niegan su responsabilidad en el sufrimiento emocional de los niños. Tampoco son infrecuentes aquellas situaciones en las que los padres interrumpen el tratamiento de sus hijos en cuanto estos mejoran, o en cuanto se les exige una participación que va más allá del traerlos a la consulta del profesional.

Todos los que se dedican a la salud mental han sido testigos de muchos padres que maltratan a sus hijos en las más variadas formas. Desde las más groseras y aberrantes, que incluyen el abuso sexual y/o físico, hasta las formas más sutiles de desprecio, abandono, humillación, falta de atención, negligencia, descuido y maltrato de todo tipo. Queremos insistir en el adverbio *muchos*. *Muchos* no significa *todos*, no significa *siempre*, no significa *exclusivamente*. *Muchos* trata de relatar aquí los numerosos casos de psicopatología infantil que cualquier profesional de la salud mental puede atender cotidianamente, y en los que el peso del malestar del niño se asienta en una evidente patología de los padres. Y es que el maltrato infantil -físico y psicológico-, el abuso sexual, el abandono en sus variadas formas, la más brutal falta de empatía con los pequeños, son fenómenos en alza en nuestra sociedad³.

En un trabajo anterior intentamos definir, para estas situaciones, el concepto de *trauma relacional* (Talarn, 2007). Aquí proponemos ir un paso más allá y, de algún modo inspirados en el movimiento feminista que describe a la violencia contra las mujeres como *terrorismo doméstico* (Marugán y Vega, 2001), sugerimos que estos traumas relacionales son producto de lo que podríamos denominar *terrorismo parental*. En nues-

³ Véanse las horripilantes cifras aportadas por los estudios de UNICEF en: <http://www.unviolencestudy.org/spanish>

tra opinión, en los casos que hemos mencionado, se podría equiparar la conducta de los padres a la conducta de los terroristas. Del mismo modo a como el terrorista provoca un daño físico y psicológico con sus atentados, ciertos padres alteran gravemente la salud mental de sus hijos.

1. Las víctimas.

¿Cuántas veces los profesionales de la psiquiatría y la psicología infantil se encuentran intentando ayudar a niños que han sido pegados, drogados, abandonados, abusados, humillados, incomprendidos, en definitiva, grotescamente mal cuidados? ¿Cuántos de los niños con rasgos autistas, psicóticos, con hiperactividad, con fobias y obsesiones incapacitantes, con problemas graves de conducta, con enfermedades psicosomáticas severas, con retrasos evolutivos significativos, serían muy diferentes en el seno de otra familia y bajo la égida de otro tipo de *holding*?

Ferenczi nos dio la respuesta hace casi 100 años, cuando escribió lo siguiente:

Los hijos de padres anormales están expuestos desde su infancia a influencias psicológicas anormales por parte de su entorno y reciben una educación falseada; son estas mismas influencias las que eventualmente determinarán más adelante la neurosis y la impotencia; sin ellas, el niño "tarado" hubiera podido ser un hombre normal.

(Ferenczi, 1908; pág. 48)

No parece descabellado considerarlos *víctimas*. Sujetos inocentes, desprotegidos, con escasos recursos de autodefensa, dependientes, por naturaleza, de fuerzas superiores a las que no se puede oponer resistencia.

En este sentido estos niños, que son víctimas del maltrato de sus padres, se parecen, en cierta medida, a las víctimas de un atentado terrorista. Tan parecidos son que, en ciertos casos flagrantes, es el *Estado* el que ha de hacerse cargo de los pequeños, al igual que es el mismo *Estado* el que, supuestamente, se ocupa de proteger a la sociedad ante los malignos, que no descerebrados, terroristas, o el que trata de indemnizar a las víctimas de un atentado terrorista.

Y es que hay padres y madres que hacen daño, mucho daño. Mucho más del estrictamente *necesario*⁴ y que acaban comprometiendo de por vida la salud física, psicológica y social de sus hijos, al igual que un atentado terrorista lo hace con sus víctimas.

O aún más, si cabe, teniendo en cuenta dos cuestiones que no se deben obviar en la analogía que estamos estableciendo entre una y otra acción. Por una parte, un atentado terrorista, aún siendo atroz, es una situación de carácter marcadamente agudo. Por la otra, la víctima de este tipo de violencia emite una respuesta emocional única e inequívoca: el desprecio más absoluto por el agresor. Sin embargo, muchos de los casos en los que un niño es ofendido por sus padres suelen enredarse en una maligna espiral de cronicidad, más perniciosa que un acto único y aislado (Solomon y Heide, 1999; Terr, 1991). Y, además, la respuesta emocional del niño viene teñida por una inevitable ambivalencia, producto de sus necesidades de apego con respecto a aquel por el cual es ofendido.

2. Los victimarios.

Hablar de víctimas implica hacerlo también de los *victimarios*. En este caso hemos de hacer referencia a los padres de los niños.

Si comparamos un victimario con otro, un padre o madre maltratadores y un terrorista, las diferencias son obvias. En toda acción terrorista hay alguien dispuesto a hacer daño. Un sujeto que, a sabiendas y con plena conciencia de las consecuencias de sus actos, daña a los demás, sin la más mínima capacidad de ponerse en el lugar del otro⁵. Una persona que justifica la destrucción que genera en aras de un fin superior, que autoriza cualquier medio para su logro. Muy difícilmente, el terrorista, suele cambiar su esquema ideológico y su proceder.

⁴ *Necesario* en el sentido de que el odio no está nunca ausente entre las relaciones entre padres e hijos, tal y como señaló Winnicott (1947) y es de puro sentido común.

⁵ Aunque algunos terroristas se autojustifican señalando que atacan, o se inmolan, en pos de la defensa de sus iguales, su civilización, su nación o su religión, no nos parece que podamos considerar esta actitud como un verdadero “ponerse en el lugar del otro”.

Claro que los padres que infligen tal dolor a sus hijos no lo hacen a conciencia, como el terrorista que coloca la bomba o nos dispara en la nuca. Tampoco son sabedores de las consecuencias de sus actos y no se mueven por motivos supuestamente ideológicos, sino atrapados en unos parámetros relacionales y emocionales sin otros referentes que los que vivieron, a su vez, de pequeños y, por tanto, aplican y repiten. Del mismo modo que para convertirse en terrorista se han de vivir determinadas experiencias (Echeburúa, 2000) no se llega a ser un padre o una madre que maltrata física y/o psicológicamente a sus hijos sino es a través de vivencias previas muy dolorosas.

Víñeta 1.

Cuando los padres interrumpen un tratamiento que se muestra eficaz para paliar el sufrimiento emocional del niño.

Los padres de Marisa, de ocho años, acuden a un centro de atención psicológica derivados por un servicio de logopedia en el que la niña estuvo trabajando una dislalia durante tres años, sin conseguir ninguna mejora.

Las entrevistas diagnósticas revelan una estructura familiar de elevado riesgo. El abuelo paterno fue diagnosticado de esquizofrenia, la abuela materna era depresiva y un tío materno padecía trastorno bipolar, suicidándose cuando la madre de Marisa tenía 9 años. Tanto el padre como la madre de nuestra paciente manifiestan y reconocen unos vínculos muy precarios con sus respectivos progenitores (relaciones frías, sin besos, sin diálogo, con agresividad física y ciertas ausencias). Ellos como pareja, a pesar de permanecer juntos, reconocen no estar bien. El padre de la niña muestra una personalidad con rasgos esquizoides (en la primera entrevista no dijo absolutamente nada, sentado, con la mirada clavada en el suelo, sin mirar ni una sola vez a la terapeuta, ni a su mujer). La madre está diagnosticada de depresión, tratada con antidepresivos y ansiolíticos desde su juventud y con seguimientos psicológicos periódicos.

Marisa se muestra rígida facial y corporalmente, con las mandíbulas apretadas, con vergüenza a expresar cualquier emoción, poco habladora y con poca tolerancia al contacto físico. Los test de inteligencia y otras pruebas la muestran cognitivamente superior, pero distanciada y bloqueada emocionalmente. La madre confirma que esta es su actitud general en todas las circunstancias.

Puesto que el padre rechaza toda ayuda y la madre esta siendo tratada en otro centro se decide iniciar una psicoterapia con Marisa. Al poco tiempo la niña establece un buen contacto emocional con la terapeuta, es capaz de hablar, sonreír y mostrarse, en ocasiones, como una niña feliz. La madre manifiesta su alegría al ver que la niña mejora y se relaciona mejor en la escuela. Pero al día siguiente se presenta en la consulta y le dice a la terapeuta que van a abandonar el tratamiento. Como ahora ya la ve mejor *no pasa nada si la niña sufre en algún momento, así aprenderá que la vida es difícil*. Señala que lo que le pasa a la niña no es nada en comparación a lo que ella vivió. Llorando, habla de su infancia, de lo mal que lo pasó cuando su tío se suicidó y nunca más se volvió a hablar de él, y del poco apoyo y cariño que tuvo de sus padres, especialmente de su madre. Dice que solamente quiere *tranquilidad*. Quiere estirarse en su cama y descansar. Afirma que la niña *ya esta bien* y que en su estado no puede traerla a consulta.

Aunque Marisa vive cerca del centro donde es atendida y, dada su edad, podría venir sola y a pie, la madre no admite tal posibilidad y da por terminada la relación de la niña con la terapeuta.

Como antes decíamos con respecto al terrorista, también a estos padres les suele resultar muy difícil cambiar sus esquemas relacionales y su conducta. Por ello, insistimos, no se trata de *culpa* sino, en todo caso, de *responsabilidad*. Insistimos, aunque no creemos que sea necesario: no es nuestra intención culpabilizar a nadie. Sabemos que por este camino, de corto alcance, no se llega demasiado lejos. Tan sólo deseamos poner sobre el tapete una verdad que, a menudo, resulta soslayada por la incomodidad que genera; en quien la formula y en quien la recibe.

¿Que sucede en el caso de los progenitores maltratadores? Resulta evidente, y no se nos debe de escapar, que los padres cuya salud mental es tan precaria que les lleva a malbaratar la de sus hijos, son a su vez víctimas de sus circunstancias y, también, de sus propios padres; y así sucesivamente. Es obvio que ningún padre o madre, en su sano juicio, trata de perjudicar a sus propios vástagos. El problema, sin embargo, es lo que sucede cuando este *sano juicio* no se impone o no predomina en la relación con los hijos.

Cuando esto sucede suele entrar en escena el profesional de la salud mental. Y si hasta ahora nos hemos cuestionado el papel de ciertos padres con respecto a sus propios hijos ahora nos replantearemos la acción de muchos profesionales en relación a sus pacientes a los que, pretendidamente, quieren ayudar.

3. ¿Actuamos como colaboracionistas?

¿Qué hacemos, los profesionales, con los progenitores de los niños trastornados? ¿Es decir, con los victimarios de estos niños?

No faltan los profesionales que, alarmados ante determinadas situaciones, tratan de involucrar a los padres en un espacio terapéutico con vistas a la modificación de las dinámicas patógenas. Pero no son pocas las ocasiones en las que esta adecuada respuesta se ve entorpecida por diversas circunstancias. A veces son los propios padres, atrapados en una compulsión a la repetición que parece actuar al servicio una precaria homeostasis familiar, los que no desean ser atendidos por el profesional, o bien, boicotean su influencia de cambio potencial. En otros casos nos hallamos ante dificultades de tipo institucional u organizativo, cuando, por ejemplo, el profesional solo puede atender a los niños y no dispone, administrativamente, de horas para la atención a los padres.

Algunos terapeutas, que trabajan en situaciones como las descritas y conscientes de la insuficiencia de sus disposiciones terapéuticas, sugieren que, al menos, tratan de *proteger* al menor ofreciéndole un nuevo marco emocional y relacional.

Pero a menudo, acabamos tratando sólo al niño, o, muy de vez en cuando, visitando esporádica y brevemente a sus padres⁶. Caemos entonces en una trampa: tratamos tan sólo a lo que los teóricos de la sistémica denominan *paciente asignado* (Barudy, 1998), asumiendo, irreflexivamente, que el problema pertenece, única y exclusivamente a aquel que lo manifiesta.

⁶ Esta situación descrita nos parece muy frecuente en el caso de determinadas prácticas propias de la psiquiatría infanto-juvenil, aunque también se dan, con menor frecuencia, en el campo de la atención psicológica.

Viñeta 2.

Cuando los padres niegan su responsabilidad en el sufrimiento emocional del niño:

Los padres de Paula, de cuatro años, acuden a consulta preocupados por el tartamudeo de su hija. Sitúan el origen de la problemática en el nacimiento de su hermana, momento que coincide con el inicio de la escolarización de Paula.

Parece lícito pensar que estos cambios en la dinámica familiar angustiaron y preocuparon a la niña. Paula, muy pequeña aún para poder mentalizar y verbalizar sus miedos, mostró otras manifestaciones además del tartamudeo: agresividad ante la hermana y los padres, irritabilidad, negativismo, etc.

Los progenitores, aún siendo conscientes de la relación entre estos síntomas y la rivalidad hacia la hermana, no pudieron tolerar su comportamiento. Con su actitud y respuesta emocional confirmaban las fantasías abandónicas de la niña. En una ocasión, por ejemplo, en que esta se pintó todo el cuerpo con pinturas de maquillaje, utilizaron papel de lija para limpiarla, dejándole la piel claramente dañada. Otro ejemplo: cierto día la niña se opuso a cambiarse de ropa, la madre, como castigo, la obligó a estar dos semanas llevando la misma ropa para que hiciera hedor y los niños del colegio se burlaran de ella. Así pasó.

Poco a poco los síntomas de la niña se fueron incrementando, generando un mayor malestar en todos los miembros de la familia. Cuando el terapeuta señala esta dinámica tan tóxica los padres niegan toda responsabilidad en la conducta de la niña y aducen variadas *razones* para justificar su propio comportamiento hostil. No se prestan a abrir un espacio de reflexión para la pareja. Niegan, entonces, la posibilidad de un tratamiento psicológico para la niña e insisten en que el problema radica en el tartamudeo, para el que piden un abordaje logopédico.

En este punto se nos hace presente otro paralelismo con el fenómeno del terrorismo, aquel que se refiere al tema de la prevención. Las medidas preventivas se cacarean hasta la saciedad y se publicitan como grandes avances sociales. Ninguna de las mismas tiene el más mínimo efecto sobre la presencia de ambas lacras -terrorismo y psicopatología, o, dicho de otro modo: terroristas y padres maltratadores- puesto que,

como es sabido, no se dirigen a las bases psicosociales de las que surgen, sino tan solo a sus aspectos más colaterales.

Para una eficaz prevención del terrorismo y de la psicopatología se requieren, sin duda, grandes cambios de orden social (Bauman, 2006; Read, Mosher y Bentall, 2004). Y aunque estos cambios se materializaran totalmente su desaparición absoluta no sería viable. En efecto, todos los expertos en terrorismo sostienen que este nunca desaparecerá de la faz de la tierra (Enzensberger, 2006) y, aún menos, con los métodos actuales de lucha contra el mismo. En paralelo afirmamos los expertos en psicopatología: siempre la hubo, siempre la habrá y en la actualidad nuestros métodos terapéuticos dejan mucho que desear.

Del mismo modo que la *guerra global contra el terrorismo* es una medida iatrogénica, que solo genera más de aquello que dice combatir (Kapusinski, 2004), una parte importante de los recursos actuales empleados para el tratamiento y prevención de los trastornos mentales tiene un efecto similar (Read, Mosher y Bentall, 2004).

Ejemplifiquemos estos últimos paralelismos. Hay que ser un necio, un ignorante, o ambas cosas, para negar que la invasión de Irak ha convertido nuestro planeta en un lugar más inseguro. Es cosa sabida como un método inadecuado de prevención y tratamiento de un problema genera un problema aún mayor.

¿No sucede lo mismo cuando ante ciertas dificultades emocionales aplicamos medicación y sólo medicación, o incluso terapia y sólo terapia? Si a una familia que nos trae un niño hiperactivo, pongamos por caso, le damos únicamente mediación, o psicoterapia *solo* para el niño, estamos emitiendo un mensaje muy claro. Un mensaje que dice que el único responsable de la dificultad es su portador, aquel que la sufre. Es un mensaje que desresponsabiliza, descontextualiza y desubica completamente uno de los mayores focos del problema: la dinámica familiar.

Viñeta 3.

Cuando los problemas del niño son tratados como una enfermedad más.

David tiene 10 años y trae un diagnóstico, efectuado por un psiquiatra infantil, de apariencia inapelable: *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*. La maestra lo confirma con rotundidad: en clase no atiende, no progresa adecua-

damente, interrumpe, se mueve, no obedece, lo deja todo sin acabar, se le olvida todo, pierde el material, tiene *hartos* a sus compañeros. La madre también opina que el David padece esta *enfermedad* ya que lo ve siempre moviéndose, hablando, haciendo ruido, sin poder estar tranquilo, ni siquiera viendo dibujos animados en la TV.

Nadie parece prestar atención a algunos *detalles* significativos de la vida de David. Aunque siempre ha sido un niño *movido* su supuesta *enfermedad* empezó poco después de que la familia se mudara a nuestro país. Así que, de repente, David se encontró sin amigos, sin los otros parientes con los que tenía un buen vínculo, en un nuevo lugar del que lo ignoraba todo: el idioma, las costumbres, los juegos, el sistema educativo y demás. Cuando estaba en casa David permanecía muchas horas con su nueva canguro ya que los padres, presionados por sus ocupaciones laborales, disponían de pocos espacios para estar con el niño, a excepción de los fines de semana. Su reacción no se hizo esperar: comportamientos perturbadores y fracaso escolar (ausentes en su lugar de origen). David conoció muy pronto cierto estilo de atención psiquiátrica: una visita de 15 minutos y una receta de *Concerta*.

Sólo la intervención de la psicóloga del centro educativo permitió un paréntesis en este sinfín de despropósitos. Propuso una psicoterapia para David, centrada en la elaboración de la nueva situación en la que el niño se hallaba inmerso. Propuso encuentros periódicos con los padres del niño. Propuso articular recursos de orden social para apoyar el proceso de inserción del niño en su nueva sociedad de acogida. Al poco tiempo David dejó de padecer la *enfermedad* de la que, supuestamente, era portador.

Del mismo modo que los tanques en las calles de Bagdad no evitarán un atentado terrorista, puesto que no inciden en las verdaderas razones del terrorismo, nuestro arsenal químico o interpretativo tampoco impedirá que el *terrorismo parental*, si es el caso, siga ejecutando sus fatales repeticiones, ya que dejamos fuera de juego a sus militantes. Es injusto para los habitantes de Bagdad y es injusto para los pacientes y sus progenitores.

mente establecido o incluso de *terrorismo de Estado* (Terricabras, 2005). La delirante *guerra contra el terror* ha costado ya más vidas que las de todas las acciones terroristas de los últimos decenios.

¿Como calificaríamos, entonces, a las prácticas profesionales claramente inadecuadas, por insuficientes y cortas de miras? ¿*Terrorismo sanitario*? ¿*Colaboracionismo*? ¿Cuánto sufrimiento garantiza, para su portador y sus descendientes, el inadecuado abordaje de la psicopatología?

Pero esto ya daría para otro ensayo como el que ahora finalizamos.

REFERENCIAS⁷.

Bauman, Z. (2006). *Liquid fear*. Cambridge: Polity Press. Traducción castellana: *Miedo líquido*. Barcelona: Paidós, 2007.

Echeburúa, E. (2000). ¿Por qué y cómo se llega a ser terrorista?. *El País*, 30 de noviembre, pág. 17-18.

Enzensberger, H.M. (2006). *Schreckens männer*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. Traducción castellana: *El perdedor radical*. Barcelona: Anagrama, 2007

Ferenczi, S. (1908). *Interpretación y tratamiento psicoanalítico de la impotencia psicosexual*. En: *Obras Completas*, Tomo: I. Madrid: Espasa Calpe

Kapuscinski, R. (2004). *El mundo de hoy*. Barcelona: Anagrama.

Marugán, B. y Vega, C. (2001). El cuerpo contra – puesto. Discursos feministas sobre la violencia contra las mujeres. En: A. Bernárdez (Ed.). *Violencia de género y sociedad: una cuestión de poder*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Read, J., Mosher, L.R. y Bentall, R.P. (2004). *Models of madness*. New York: Routledge. Traducción castellana: *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006.

⁷ Nuestro agradecimiento a la Dra. **Pilar Medina** y el Dr. **Francesc Saínez** por su revisión del manuscrito y sus notables aportaciones al mismo.

Solomon, E.P. y Heide, K.M. (1999). Type III trauma: toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202-210.

Talarn, A. (2007). *El trauma: lectura psicopatológica y psicoanalítica. Propuesta del concepto de "trauma relacional"*. Publicación on-line. Disponible en: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/talarn.htm>

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Terricabras, J.M. (2005). *Qüestió de criteri*. Barcelona: Mina

Winnicott, D.W. (1947). El odio en la contratransferencia. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona.: Laia, 1978.

ABSTRACT

L'experiència clínica en l'àmbit de l'assistència en salut mental infantil ens mostra sovint com el patiment emocional dels nens està vinculat de manera evident a certes dificultats relacionals amb les seves figures d'aferrament. Però, molt sovint, potser imbuïts per un model implícit de malaltia mental de tipus biomèdic, o influïts per les circumstàncies familiars i/o administratives, els professionals acaben tractant simplement al nen. Es deixa llavors, de banda la situació familiar, que és la que genera i nodreix les manifestacions simptomàtiques que motiven la consulta.

La descripció d'aquestes inconsistències familiars i assistencials, que a vegades es relligen en un clar perjudici per al nen, ens permet establir certes analogies amb el fenomen del terrorisme i presentar el terme de *terrorisme parental*. Raonem, a partir d'aquí, en termes de *víctimes* i *victimaris* i ens qüestionem el paper de certes pràctiques professionals que poden actuar col·lusionades amb la patologia familiar.

Il·lustren aquestes reflexions tres vinyetes clíniques en las que es veu com els nens portadors d'una supossada psicopatologia son, basicament, un clar reflexe de les projeccions patogenes de la familia o el sistema sanitari.

The clinical experience in the field of children's mental health care often shows how children's emotional turmoil is clearly linked to some relational difficulties with their attachment figures. But, very

often, imbued by an implicit model of mental disease of a biomedical character, or influenced by family and/or administrative circumstances, professionals end up by treating only the child. The family situation, which produces and fuels the symptoms that led to the medical visit, is then put aside.

The description of these family and health care system inconsistencies, which sometimes are combined to the detriment of the child, allows us to establish some analogies with the phenomenon of terrorism and coin the term *parental terrorism*. From this point, we deal with *victims* and *victimizers*, and question the role of some professional practice that may act in collusion with the family pathology.

To illustrate these reflections, we present three clinical images, where you can see how children that supposedly have a psychopathology are basically a clear reflection of the family's or health care system's pathogenic projections.