

Factores agravantes de la diabetes infantil¹

Pascual Palau Subiela²

De manera sintetizada voy a hablar sobre la naturaleza de algunos elementos agravantes de la diabetes infantil.

Me referiré a la supresividad, que afecta tanto a la expresión como a la percepción del mundo emocional propio y ajeno, a la violencia presente en ése contexto y a los procesos psíquicos precursores de la depresión esencial.

Para ilustrar la descripción de éstos factores he elegido el caso de una niña diabética de 2 años y medio que se llama Cristina y también, aunque de manera breve, algunas descripciones que realiza una adulta que padeció epilepsia infantil.

La niña, diabética desde los 15 meses, no responde al tratamiento médico como es de esperar y su estado, muy irregular, pone en serio riesgo su salud y ha exigido varias hospitalizaciones.

La petición que me hace la pediatra de Cristina, especialista en endocrinología, se basa en la necesidad de evitar las graves crisis de descompensación diabética que sufre. Me pide que determine y trate los factores de naturaleza psíquica, que puedan tener un papel agravante y desencadenante de las crisis, mientras la investigación y el tratamiento pediátrico siguen en su esfuerzo por mejorar la situación.

Ésta intervención tendrá lugar en consultas externas del servicio de pediatría del hospital en el que atiende la patología psicósomática de bebés y niños.

Transcurrirá en el marco de una psicoterapia de la triada padre-madre-niña y la periodicidad media será de una sesión semanal, aunque en ciertos momentos su frecuencia será de dos.

La mejoría somática significativa, contrastada por su endocrinóloga, se producirá al cabo de tres meses, con 17 sesiones psicoterapéuticas, aunque será en torno a los 5 meses cuando la mejoría adquirirá mayor estabilidad.

Pero veamos lo que sucedió en la primera entrevista en la que me encuentro con Cristina que viene acompañada por su madre y su padre.

La niña entra sin decir nada y busca sentarse en una de las tres sillas, cuando de pronto, y sin que yo encuentre el motivo, su madre le dice:

M- No hagas ruido.

T- ¿Qué sucede? (Le pregunto)

¹ Texto de la conferencia ofrecida en el Congreso Nacional de Sepypna, celebrado en Ibiza el mes de octubre de 2006. Artículo publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicósomática de Diciembre del 2007, editada por SEPIA. Bilbao, España.

² E-mail: pascualpalau@gmail.com

M- Tiene mucha ansiedad, siempre tiene mucha hambre. Asocia la casa con el comer y siempre me está pidiendo comida. Le damos caramelos pero sin azúcar, es diabética. (En este momento la niña pide ir al servicio y el padre la acompaña).

T- ¿Desde cuando es diabética?

M- Desde los quince meses.

T- ¿Hay más diabéticos en la familia?

M- No, nadie.

T- ¿Cómo fue el embarazo?

M- Muy malo, pésimo, la niña salió con 31 semanas y ella llevaba una gestación de 21 semanas.

M - ¡No chillas! (Dice la madre a la niña que ha vuelto y se encuentra preguntándole a su padre por los juguetes y el material que he dejado a su disposición encima de la mesa).

T- ¿Qué sucede? (Le pregunto).

M- Pensaba que a usted le molestaba. No me había enterado de que estaba embarazada, me enteré a las nueve semanas. Estuve ingresada antes del parto porque yo tenía subidas de tensión y peligraba la niña. Estuve vomitando desde antes de enterarme que estuve embarazada.

T- ¿Cómo vivió el embarazo?

M- No esperábamos estar embarazados.

T- ¿Qué quiere decir?

M- Es que yo no soy una madre muy madre. Mis amigas tenían antojos, yo no tenía tiempo de pensar en esas cosas. Yo lo llevaba normal hasta que, al quinto mes, me dijeron que dejara de trabajar, y hasta el final. A los cuatro meses después de la baja maternal, me fui a trabajar (cuando la niña llevaba un mes en casa).

T- ¿Tenía la tensión alta antes del embarazo?

M- No, fue por el embarazo, entré con síntomas de un cólico y se dieron cuenta que era la tensión, con cinco meses de gestación. Estaba de Pascuas y al volver el lunes me fui al hospital.

T- ¿Cómo la sintió en el embarazo?

M- No tuve tiempo porque me la quitaron muy pronto y notaba algo pero no lo que nota mi hermana con su embarazo a término, cuando ya se mueven. No se me notaba en el cuerpo, engorde poco.

En este momento la niña dice con insistencia:

N- Yo soy mayor... soy mayor.

M- Insiste en ser mayor, y es muy movida, nos viene bien porque así cuando está quieta sabemos que algo le pasa.

La niña nació en abril y la sacamos en julio. Estuvo casi tres meses en la incubadora. Nos la llevamos a casa con 2,5 kilos porque nos dijeron que necesitaba madre.

Sobre los quince meses nos dimos cuenta que no engordaba. Yo no la veía bien y nos llamaron para ingresarla porque la nana estaba fatal. Ese día fue muy duro para nosotros, y él muy mal (se refiere al padre). A mí me cambió el chip de todo, dejé de trabajar.

Es la enfermedad de la niña, y tu vida te la rompe.

T- Y para usted también fue muy duro (le digo al padre).

P- Sí, yo no había estado en hospitales, y desde entonces no parábamos.

En este momento la niña pide bracitos y la madre la aparta diciéndole:

M- ¡No!

Vemos que la madre habla de un embarazo inesperado que desemboca en una experiencia de la maternidad muy amarga y señala, en torno al tiempo de gestación, una precaria percepción corporal de la presencia del feto, a la que se suma la dificultad para nutrir, emocionalmente, las representaciones del bebé imaginario.

Señala un comportamiento sobre-activo de no parar, presente desde antes de quedar embarazada, que sugiere una modalidad de defensa ante la percepción de lo sentido y del pensar.

Atrapada en la angustia derivada de las circunstancias traumáticas que rodearon la brusca y prematura interrupción de su gestación, la vivencia de su maternidad permanece apuntalada en una modalidad relacional dual con su marido y con su madre.

La aparición de la diabetes produce en ella una nueva experiencia de angustia traumática y una obligación de atender a la niña que la lleva a una ruptura en su estilo de vida en el que, hasta ése momento, la vida profesional supone una experiencia muy importante para el apuntalamiento de su narcisismo primario.

La cualidad de la intensa ansiedad que la madre describe en la niña, de naturaleza difusa, señala un estado de desasosiego permanente que la desborda por no poder ligar la excitación que experimenta.

En definitiva, es una madre herida en su maternidad, por un parto prematuro y por las circunstancias traumatógenas que se derivaron de él; que sintió una angustia intensa ante la posibilidad de perder al bebé y una gran soledad en el momento de anunciarle que iban a intervenirla para sacárselo, en un momento en el que se encontraba sin compañía familiar y sin tiempo para asimilar la crudeza del anuncio, tiempo de intenso sufrimiento que congela los afectos.

1º - Sobre la supresión de la expresividad.

Ahora veamos la cuestión de la supresión de la expresividad a partir de algunos elementos presentes en ésta entrevista.

En la primera petición que la madre dirige a la niña, pidiéndole que no haga ruido, sin que la niña haya hecho algo, encontramos una primera muestra, de su tendencia a suprimir las manifestaciones emocionales espontáneas de aquella.

La segunda muestra aparece poco después cuando la recrimina por un chillar que no sucede y la última cuando rechaza su demanda de acogimiento en el regazo, rechazando así la posición pasiva que la niña quiere adoptar solicitando el contacto corporal y el abastecimiento afectivo.

Esta tendencia a erradicar las expresiones emocionales, o las experiencias de placer, que reaparecerá en otros muchos momentos del tratamiento, busca suprimir el espacio de proyección de la niña tanto en el ámbito de la expresividad como en el de la experiencia sensorial cuerpo a cuerpo, espacio que no se desarrolla en la relación con el otro y tampoco consigo misma en el sueño paradójico.

Dicha supresión se ha producido, casi siempre, en un tono muy suave, en voz baja, desde unos modales muy contenidos de madre "preocupada" por evitar que su hija pueda molestar desarrollando gestos ó iniciativas espontáneas no controladas a priori.

Otro fragmento, significativo de esta tendencia, lo encontramos cuando la madre se refiere a su interacción con el bebé que fue Cristina y dice:

“Antes, no era llorar, a lo mejor la he acostumbrado a no llorar desde pequeñita. De pequeña, cuando gemía un poco le ponía la mano encima y se callaba. Ahora le cambia la manera de llorar. Es un lloro agresivo”.

De ésta manera, la madre señala que en los primeros tiempos de la vida de la bebé, ésta emitía expresiones que ella acallaba, produciendo una supresión temprana de los afectos, ligados a vivencias de displacer y de debilidad, en busca de un objeto receptivo y continente.

La pediatra de Cristina observa que la madre y también el padre, procuran que la niña no se enfade por nada. Me comenta que le dan caramelos para hacerla callar o complacerla, aún cuando no es aconsejable.

Esta cuestión, de apariencia banal no lo es tanto si tenemos en cuenta que pertenece a las diferentes formulas que buscan suprimir la expresividad emocional de la niña: “darle un caramelo” para amansarla equivale a la petición de que no “grite” en sesión, para evitar que pueda expresarse con soltura, ó decirle “que no te caigan migas” para evitar que disfrute abiertamente del bocadillo.

El denominador común es que no se tolera la existencia de expresiones individuales que puedan generar una resonancia emocional dentro de la propia madre y a las que ésta deba de reconocer y otorgar un sentido individual en la hija. Es decir que ni se toleran las expresiones corporales espontáneas, ni las expresiones de libidinización de la experiencia de relación y aún menos aquellas asociadas a una actividad intensamente erogenezable como es el comer.

Se trata de borrar la expresividad y sus huellas, para evitar procesos identificatorios de aquellas modalidades expresivas que, en la propia madre, tienden a ser suprimidas por encontrarse ella misma a merced de esos mismos procesos supresores altamente destructivos.

La violencia de la madre permanece camuflada detrás de ciertas formas de relación con aspecto “normativizadoras” o “bondadosas” en un tono tan suave, que a veces resultan difíciles de oír.

De éste modo la violencia del entorno está disfrazada y edulcorada: se procura evitar la manifestación del conflicto con la niña para evitar que emerja la evidencia de una violencia contra la expresividad de su ser.

Ésta situación es dramática para Cristina puesto que produce, desde el comienzo de su vida relacional, una grave amputación de los recursos perceptivos que identifican la experiencia emocional, tanto propia como ajena, y de manera especial de una emoción fundamental para la conservación de la vida: el dolor y sus derivados.

Y el resultado es la dificultad para reconocer aquellos procesos emocionales que se producen en la interacción y que comprometen la unidad psicosomática.

Me refiero a los procesos de dolor por desamparo, por resonancia del sufrimiento ajeno, por la recepción de violencia etc.

Y ¿qué sucede cuando no es posible mantener libidinizada la relación con la madre y con el propio cuerpo?: que la relación se mecaniza, se instala una modalidad operatoria que traduce la falta de representaciones afectivizadas de sí y del objeto, y

se genera una gran pobreza de la función imaginaria.

Pero ¿qué ocurre si además se impide el reconocimiento de una agresividad legítima como respuesta adecuada ante una experiencia frustrante con el otro?: que ni siquiera puede desarrollar una investidura agresiva de objeto. Ni se lo puede amar ni se lo puede odiar. Se ve privada de dos modos de mantener investido al objeto y de poder mantener un apuntalamiento libidinal sobre las representaciones.

Pero la tendencia a la supresividad también pertenece a un mandato transgeneracional. Pudo observarse en la primera sesión en la que entró la abuela materna.

En aquella ocasión, cuando yo formulaba una pregunta a la madre, era la abuela la que se adelantaba y respondía por ella, no sólo para referirse a fechas de acontecimientos sino también para describir las emociones que su hija había vivido, dejando así evidenciada una usurpación de lugar.

Éste es un fragmento de la conversación, en un momento en el que la madre comenzaba a quejarse del trato recibido en la maternidad del centro en el que dio a luz:

M- Yo me quería ir de allí porque a las madres nos tenían como ceros a la izquierda. Allí no había alegría. Es un hospital muy helado, para mí fue un trauma.

T-¿No se enfadó? (Le pregunto)

M- No, no nos trataban bien pero no te rebotas.

A- ¡Y porque son las normas! (Dice su madre).

Con ésta afirmación, de que lo importante son las normas de la institución, vemos que la abuela también le tapa la boca a la madre, desestimando sus quejas; Se observa la transmisión de un mandato transgeneracional mediante el cual se niega el derecho a la queja manifiesta y al valor del propio dolor frente a la frialdad de un entorno inhóspito y normativo.

Pero volvamos a Cristina. A lo largo del día todos procuran que no se enfade por nada y si llega a enfadarse, el enfado no es reconocido como una expresión de disgusto ó protesta de su persona sino como una expresión de la diabetes.

De este modo el conflicto derivado de la interacción, es eludido sistemáticamente. Su entorno se convierte en una pasta blanda que, como el corcho, no devuelve ningún eco.

La agresividad, ligada al sufrimiento, está negada en todas las figuras y genera estados de violencia silenciosa altamente destructiva. Si la agresividad individual no puede ser identificada tampoco puede ser asumida como elemento circulante en la interacción.

Nadie es agresivo, sólo la diabetes.

Los efectos de esa situación son importantes; no puede haber reconocimiento de sujeto independiente que se queje de otro que molesta. Tampoco existe posibilidad de reparación puesto que no existe el sentimiento de culpa. Nadie quiere hacer daño a nadie y si no existe el conflicto no puede producirse reconciliación. De éste modo, ni la separación ni el acercamiento afectivo son posibles y la experiencia de pérdida está imposibilitada.

Cristina necesita enfadarse y separarse por la noche y los terrores nocturnos que viene padeciendo, desde hace un año, pertenecen al intento de habilitar un espacio para dramatizar el conflicto diurno, suprimido, que la función onírica fracasa en tramitar.

El tiempo de dormir, le permite, mediante una re-dramatización sobre la que no pueden interferir/intervenir los objetos externos para obturar su expresión, recuperar las circunstancias conflictivas y aprovecharlas para poder experimentar y expresar de sí todo lo que el entorno le niega y le impide: poder enfadarse por la pérdida de las satisfacciones anheladas para constituir un espacio de ilusión.

A lo largo de la noche se libera de la mordaza y de su parálisis proyectiva. Por fin puede enfadarse y vivir la extrema inermidad que experimenta bajo el peso de relaciones anestésicas de su afectividad. Puede rechazar a los objetos que la ahogan y congelan quitándole, a través de la renegación, el aire-espacio de su propio sentir-respirar emocional.

Puede vivir a los padres “malos”, los puede re-conocer y re-ubicar en un lugar diferenciado de sí misma sobre el que descargar una violencia direccionable mediante el acceso a una diferenciación de lugar y a una representación de objeto malo y afectos legitimables como la angustia, el ahogo, el pánico, la rabia y el dolor.

Es en el espacio y en el tiempo del dormir donde el psiquismo intenta ligar la destructividad, aunque con escaso éxito, porque las dificultades que permanecen sin solución son importantes: si logra una representación del objeto agresivo, ésta va a colocarle ante la experiencia de falta de una representación de objeto tierno, sin la cual no es posible una escisión y un desplazamiento protector hacia la representación del objeto extraño.

En ésta situación, el objeto real puede coincidir de pleno con la única representación disponible. La experiencia dramática de que es la misma figura la que dice cuidar al sujeto y la que busca su supresión, deja a la niña ante un doble pánico: la evidencia de la destructividad del objeto y la evidencia del enorme desamparo en el que ello la coloca.

Veamos ahora las manifestaciones de desorganización psíquica, previas a las somatizaciones.

La primera descripción que la madre hace de los cambios de comportamiento que ella observa en Cristina, previos a los momentos de agravamiento somático, se produce en la primera sesión al decir:

M- Es muy movida, nos viene bien porque así cuando está quieta sabemos que algo le pasa.

La segunda se produce al mes de iniciarse la intervención psicosomática, en el tiempo de una hospitalización. En ése momento señala que ciertas manifestaciones se producen desde mucho tiempo atrás y son, para ella, el preaviso de que se va a poner mal.

Diferencia dos estados contrapuestos en la niña: aquel cuyo malestar se manifiesta antes de que se ponga mal físicamente, y en el que la niña se **queda ausente y ni**

oye ni mira, y aquel en el que está rebelde, da patadas, se enfada, exige y maltrata.

Aunque matizando podemos hablar de cuatro tiempos:

1º- En el primer tiempo encontramos un comportamiento habitualmente sobreactivo, que cesa bruscamente con la aparición de un estado de inactividad y desinterés que da paso, en un 2º tiempo, a episodios de intensa y prolongada ausencia, en los que se observa una importante pérdida de interés por el entorno.

3º- El tercer tiempo pertenece a la descompensación diabética.

4º- El cuarto tiempo, en el que se pone irritable, agresiva y rebelde, es el tiempo de la recuperación somática.

La secuencia que la madre describe se ajusta a las descripciones que otros padres hacen de las manifestaciones prodrómicas de descompensaciones somáticas en diferentes patologías tempranas.

Cada uno de los elementos a los que se refiere León kreisler, en su definición de la unidad de la enfermedad depresiva del lactante están presentes en los tiempos de ausencia a los que se refiere la madre.

1/ La atonía tímica; 2/ la inercia motriz; 3/ la pobreza de la comunicación interactiva; 4/ la vulnerabilidad psicosomática”.

Para León kreisler³ *“La depresión del lactante no es de expresión unívoca...Las formas más graves llevan a las designaciones de estupor, atontamiento, “sideración” mental; el niño sentado inmóvil, o acostado con el cuerpo replegado, con la espalda vuelta, la cara paralizada en una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego al entorno”.*

Las crisis de ausencia de Cristina, precipitadas por un incremento súbito e insoportable de la angustia traumática, desencadenan tiempos depresivos, agudos, de naturaleza esencial, que irrumpen sobre un terreno en el que, de manera crónica, la depresión se encuentra ya presente en su forma sub-aguda.

La existencia de momentos vivenciales ligados a la interacción, especialmente inasimilables, provoca en la niña un incremento notable de la angustia traumática, y la llevan a una utilización radical de los mecanismos de defensa consistentes en la desconexión de la percepción sensorial y afectiva.

Se trata de mecanismos antitraumáticos, instaurados muy precozmente, de desconexión de la percepción de los sentimientos y de la experiencia sensorial, acompañados por una fuerte retracción pulsional que llevan a un intenso y prolongado tiempo de ausencia que cursa con la pérdida de la capacidad para conservar el interés por el entorno.

Ésta experiencia de pérdida radical de la continuidad en el abastecimiento de sus investiduras, sume al yo en una vivencia de impotencia y de profunda angustia-desamparo.

³ Léon Kreisler, “La depression du nourrisson” Psychopathologie du bébé, Serge Lebovici y Françoise Weil-Halpern.PUF 1989.

No sólo experimenta el vacío de representaciones ligadas al mantenimiento de su identidad narrativa, también el de su **identidad emocional primaria** como consecuencia de la abrupta experiencia de pérdida del abastecimiento de su sustancia vital. Es el colapso de la funcionalidad del preconscious y la sideración psíquica.

León Kreisler señala que “la dificultad para reconocer los episodios de depresión, puede depender simultáneamente o por separado de que los síntomas sean tenues, de que estén camuflados por una patología somática que ocupa la escena, o de las circunstancias familiares o sociales que las enmascaran”. Subraya también “la posibilidad de evoluciones a brotes, largos o breves, evidentes o discretos; su gravedad queda atestiguada por las desorganizaciones psicosomáticas que a menudo actúan como reveladoras”.

En éste caso, exacerbada por la enfermedad, la depresión esencial es anterior a la diabetes, preexistiendo tanto en la madre como en la niña.

A diferencia de las manifestaciones iniciales de la depresión anaclítica, descrita por René Spitz, en las que:

“A la ruptura del vínculo materno suceden una exasperación dramática de la angustia del octavo mes, los gritos y los llantos, el rechazo del ambiente, los trastornos del apetito y del sueño”...

En Cristina, las manifestaciones de protesta ligadas a la ruptura del vínculo materno así como las quejas ligadas a las separaciones no se han producido anteriormente y aún permanecen ausentes en los primeros tiempos del tratamiento.

Tampoco existen muestras de queja, ó de reclamo de proximidad física para intentar mitigar los efectos de una experiencia de pérdida de la disponibilidad amorosa de la madre.

Lo que prevalece es un estado de tensión desasosiego, expresión de un fondo permanente de angustia difusa que tiende a tramitarse por la vía de la descarga sensorio motora con un comportamiento hiperactivo, irritabilidad e incapacidad para desarrollar juegos sostenidos por un tejido imaginario y simbólico, infiltrado de libido suficiente, para poder disfrutar jugando a solas.

Cristina pasa directamente del comportamiento vacío, hiperactivo, a la crisis depresiva aguda, derivada de una experiencia de desespero.

Aun siendo la separación un factor importante de la depresión del bebé, no es la única forma de ruptura patógena puesto que, numerosas depresiones sobrevienen en contacto con una madre físicamente presente pero afectivamente ausente.

Atrapadas a veces en episodios traumáticos....El hundimiento depresivo de la madre produce un cambio brutal y verdaderamente transformador de la interacción.

Las descompensaciones de la madre llevan a descompensaciones en Cristina y las descompensaciones de Cristina llevan a la fuerte angustia de la madre que se descompensa también.

El terreno, previo a la aparición de la enfermedad, está constituido no sólo por el nacimiento prematuro, y la falta de desarrollo de una adecuada relación de apego, sino también por la existencia de una estado emocional materno altamente traumatógeno para el bebé, al que éste va a quedar directamente conectado.

No se trata pues sólo de los efectos de una interacción en la que se producen modalidades desreguladoras sino de la percepción muy precoz, en el bebé que fue Cristina, de un mundo emocional materno atrapado en la angustia, la violencia y la desautorización.

La percepción de ése mundo produce en el bebé una experiencia psíquica dolorosa e inasimilable de la cual, muy tempranamente, va a tener que defenderse con mecanismos que lo llevan a la desconexión de los afectos.

Junto a ello se inicia la búsqueda de una autosuficiencia que la independice y la proteja de la vivencia de necesidad primordial de abastecimiento de la ternura materna.

Pierre Marty señala que “el lactante entra en la depresión después de una fase previa de desamparo como el adulto penetra en la depresión esencial a través de un periodo de angustias difusas: “Automáticas, estas angustias difusas reproducen un estado arcaico de desbordamiento.

De manera subclínica, la angustia difusa, más ó menos permanente, es la consecuencia de un estado de alarma ligado a una hipersensibilidad e hipervigilancia ante la posible reproducción de experiencias que han producido un efecto traumático:

- 1º- Recibir, de nuevo, contenidos emocionales traumatógenos procedentes del objeto.
- 2º- Vivirse a merced de una modalidad interactiva inadecuada.
- 3º- Experimentar estados de dolor físico continuado. Etc.

Todas éstas experiencias tendrían en común la posición de inermidad desde la que el sujeto, indefenso e impotente, es incapaz de huir ó acabar con la fuente reproductora de la vivencia dolorosa que no puede asimilar.

En el primer caso, el objeto fobígeno no es representable porque en el tiempo en que se ha producido la experiencia traumática precoz, éste bebé (golpeado por la resonancia que producen en él los contenidos emocionales maternos traumatógenos) no ha establecido aún una discriminación suficiente entre sujeto/objeto y porque el objeto, portador de la depresión esencial, angustia ó violencia, suprime, en sí mismo, las manifestaciones que establecen una correspondencia entre contenido y comportamiento.

Si la expresión de las emociones está suprimida en el objeto, la consecuencia es que lo que percibe el bebé lo deja confuso y perplejo puesto que la naturaleza emocional sentida subjetivamente como procedente del objeto, no coincide con sus manifestaciones.

Por ejemplo un objeto angustiado ó violento que se manifiesta con un tono de voz débil y ademanes corporales suaves. Ó un objeto muy deprimido que en lugar de llorar abiertamente su tristeza se muestra muy activo y “animado”.

Es decir aquellas experiencias en las que los signos externos no coinciden con los contenidos emocionales percibidos.

¿Es correcta la percepción, el contenido sentido existe en el objeto ó se trata de una distorsión del proceso perceptivo? ¿Hago bien en distanciarme ó mantenerlo a distancia? ¿El rechazo está justificado y es proporcional?

Como ya he adelantado, ante una experiencia intensamente dolorosa y angustiosa que sobrepasa la capacidad de metabolización psíquica, los mecanismos antitraumáticos intentan erradicarla. La consecuencia, en el caso de perdurar los efectos secundarios, de pérdida del abastecimiento de representaciones ó de representaciones afectivizadas, es la angustia difusa como fondo.

Sobre éste fondo podrán producirse momentos en los que el incremento notable de la angustia, en su forma automática, desencadene una respuesta defensiva antitraumática que, por su intensidad, suponga una experiencia colapsante y siderativa, como sucede en Cristina en las crisis de ausencia previas a las descompensaciones somáticas.

Para precisar mejor la naturaleza de las condiciones desencadenantes de las crisis agudas de ausencia, seguida de depresión, veamos cómo es descrita la experiencia de estas crisis, que no están asociadas exclusivamente a la patología diabética, por una adulta que padeció epilepsia desde los seis años hasta la adolescencia.

Esto es lo que dijo en la primera sesión:

"Tengo pequeños momentos en los que se me interrumpen los pensamientos... me quedo en blanco, son como las ausencias que tenía, que me duraban a lo mejor minutos. Ahora lo que me pasa es como si me viniera un golpe de sangre a la cabeza y me quedo un momento como ausente.

Es en el momento en el que voy a comenzar a hablar. La sensación es la misma que he tenido en la época en la que tenía los ataques epilépticos. Es como si toda la sangre de mi cuerpo se viniera a la cabeza de golpe, es la misma sensación.

T- *¿De que otra forma describiría el golpe de sangre a la cabeza?*

"Como susto, me sucede eso y siento el susto, no sé si es por lo que me pasa o porque tengo susto.

Cuando me ocurrían estas crisis yo no coordinaba contestando, contestaba otra cosa, el cerebro no coordinaba, como si te cogiera algo. En la conversación yo contestaba lo primero que me venía a la cabeza y por eso me lo notaban y me preguntaban qué había dicho, y por eso yo me daba cuenta. Y cuando eso me ocurría varias veces entonces tenía el ataque epiléptico, con una diferencia de una a cuatro horas....Al despertar de la crisis epiléptica me notaba renovada".

Vemos que diferencia entre las crisis de ausencias y las crisis epilépticas. Señala que las crisis de ausencias preceden a las crisis epilépticas. Señala también que al despertar ha experimentado a menudo estados de malestar que, con frecuencia, han desembocado en crisis epilépticas.

De la misma manera que he podido observarlo en bebés afectados de epilepsia en sus primeros meses de vida, en los que las crisis epilépticas se producían poco después de haber iniciado, intencionadamente y con fines de comunicación directa y expresa, manifestaciones gestuales, mímicas y verbales, también ella señala que las crisis de ausencia se producían junto al intento de verbalizar sus pensamientos y sus sentimientos. El denominador común, en ambos casos, es la aparición de una intensa angustia justo en el momento de iniciar la expresividad.

Sobre la naturaleza de algunos momentos de intenso "susto" que preceden a las crisis de ausencia.

Ahora expondré unos fragmentos de descripciones que ella realiza, y que sintetizan algunos de los matices vivenciales de su experiencia del susto, previo a las ausencias.

“A los dos tres años empecé a dormir mal y me levantaba con un susto muy grande. Una ansiedad que se me agarraba al estómago”.

“Esto que me pasa me atormenta porque no sé al final lo que puede pasar. Con el ataque de epilepsia sé el final... te pasa y ya está... pero con esto no... No sé si será la sensación de los que van a suicidarse”.

“Hace unos días sentía que el susto era porque se me agolpaban sentimientos de ganas gritar o de llorar y sentía que era una locura”.

“Es un susto y de pronto es como si me deprimiera. Como si el cuerpo se me deprimiera y me sintiera una mierda, pequeñita...pequeñita. Como si se me fuera la emoción y eso que un momento antes podía estar bien. Y si siguiera así de deprimida no sé qué pasaría”.

“Y yo sé qué ha pasado algo, pero no sé qué ha pasado ahí... esa sensaciones me han producido mucho temor porque han sido percepciones muy raras...”

“Ahí me siento una niña pequeña e indefensa. Yo me tengo que defender de lo de mi propia mente pero no tengo capacidad de defenderme, cuando alguien no está bien enseguida me doy cuenta. Enseguida sé que pasa algo, percibo algo, el disgusto. Percibo la sensación y eso me afecta mucho. Porque aunque estés alegre percibes lo que pasa en la otra persona”.

De éste modo plantea que el “susto” que irrumpe en los momentos de sosiego, es una reacción que, en sí misma, genera mucha angustia.

Angustia que se produce en el bebé cuando éste experimenta ciertas reacciones corporales propias, derivadas de la recepción de contenidos emocionales ajenos inasimilables.

Reacciones corporales, inevitables, que producirán en él una experiencia irruptiva y desagradable que romperá con el estado de satisfacción, con la experiencia de continuidad de sí mismo, con la expectativa alegre y sosegada y con una anticipación confiada, basada en la experiencia de una relación objetal satisfactoria.

Ante estas reacciones que generan angustia, el Yo buscará, muy tempranamente, la protección de su sensibilidad mediante la desconexión de su percepción de las sensaciones y emociones, propias y ajenas, que lo impactan.

Ésta defensa, que produce una interrupción drástica en la continuidad de su investimento de la percepción, lo desconecta de las fuentes pulsionales abastecedoras de lo emocional y de lo sensorial, produciendo una caída del tono vital que experimenta como vaciamiento de su substancia.

Ésta experiencia de privación de su esencia, produce un incremento de la angustia ante la vivencia de pérdida de su vitalidad y del ánimo de sí-mismo, una caída en la desesperanza y en la depresión esencial.

En ausencia de una “protección” que filtre los contenidos emocionales provenientes del exterior, el contagio emocional se produce sin poder evitar el efecto de resonancia inmediata que produce la angustia ajena.

Pero también la percepción del propio desvalimiento ante la recepción de la angustia ajena, es motivo de angustia.

La penetración, inevitable, de los contenidos emocionales y cognitivos del objeto produce una vivencia de apoderamiento y de incrustación parasitaria en la propia mente. Sentimientos y pensamientos ajenos que podrán permanecer largo tiempo contaminando las propias concepciones, emociones y deseos sin que se logre su desalojo.

Ésta confusión entre propio/ajeno, que lleva a dudar sobre la adecuación del propio sentido de percepción de la realidad, se produce al no poder discernir que la procedencia de dichos contenidos, que no son coherentes con la experiencia identitaria, tienen un origen distinto al sí-mismo y no son el producto de una actividad delirante del Yo.

Los efectos de la desconexión radical de la percepción angustiante son: dejar de percibir las emociones internas y también las externas, algo que deja al sujeto sin saber ni lo que siente, ni lo que sienten los demás.

La tendencia vital del bebé es la de constituir y conservar una experiencia de sí mismo abastecida por el acceso a la realización alucinatoria y real del deseo de ser objeto de satisfacción-placer. Ésta tendencia asegura el abastecimiento pulsional y reafirma el deseo de mantener investidas las huellas mnémicas y las representaciones de objeto que pueden ir construyéndose en la interacción.

Si la experiencia interactiva resulta traumatógena, el bebé puede renunciar a la reconstrucción de esa experiencia puesto que es desde ella desde dónde se vive golpeado por el disgusto. Si no existe el anhelo por el gusto no se experimentará su pérdida.

La renuncia a mantener la tendencia reconstructiva de la satisfacción alucinatoria del deseo, para evitar el dolor de su pérdida, así como la falta de experiencias básicas apropiadas para su edificación, serían dos cuestiones especialmente implicadas en la constitución deficitaria del sistema que abastece y sostiene al narcisismo primario.

Así pues, no es sólo a la experiencia de pérdida del investimento libidinal del objeto a lo que puede vivirse dolorosamente expuesto el sujeto, también a la pérdida de su propia capacidad para asegurar la conservación de un sistema de realización alucinatoria del deseo que resulte eficaz para seguir albergando y resguardando su deseo de comunión vital con el objeto.

Pero veamos otro fragmento de ésta paciente adulta:

“A lo mejor hago un comentario y después pienso que para qué lo habré dicho si le ha sentado mal a alguien. Entonces sucede eso, y es como si te sintieras pequeña y no valieras nada”.

De éste modo señala que al expresarse se produce en ella una intensa reacción de auto-rechazo desestimador, muy severo, que la desautoriza y descalifica. Este proceso está directamente ligado al pensamiento de que su expresividad ha desencadenado una reacción violenta de malestar en el objeto, que no tolera y desprecia sus manifestaciones libres y singulares.

La condena violenta, sentida y/o escuchada, procedente del objeto, produce una experiencia de susto-pánico ante las consecuencias que la expresividad del sujeto

puede desencadenar en el objeto: violencia moral ó física, retirada masiva del afecto, desinterés y abandono, descarga violenta de una acusación que le impute una capacidad de dañar la satisfacción del objeto, críticas despreciativas contra el pensar y el sentir del sujeto etc.

Ésta reacción del objeto provoca en el sujeto agresividad contra si-mismo, al quedar atrapado en una identificación masiva con la violencia argumental del agresor, que lo llevará a ensañarse consigo mismo desde una crítica cruel, en aquellos momentos en los que pueda vivirse débil y desvalido.

Los efectos repudiantes generados contra las expresiones del ser que desea acceder al derecho de pertenencia y al reconocimiento de pertinencia en el contexto de la filiación, producen un intenso movimiento de retracción para intentar escapar de la experiencia de *Ser visible*.

Se produce entonces un intenso y masivo deseo de desaparecer mediante la renuncia y el borramiento de las huellas que recuerden las conquistas logradas desde el desarrollo subjetivante

En el intento de escapar, haciéndose desaparecer, se produce una retirada súbita y masiva del investimento libidinal de las representaciones actuales.

La pérdida del investimento de las representaciones corporales actuales; y el efecto despulsionalizante que se deriva de ello, lo exponen a una experiencia de depresión corporal. El cuerpo desprovisto de su abastecimiento pulsional se desvitaliza y ya no permite asirse a él.

Ésta reacción en cadena, de experiencias de pérdida, lleva al sujeto a vivirse sin sujeciones: pérdida del pensamiento, pérdida de la emoción, pérdida de la energía corporal, pérdida de la esperanza de disfrutar de un objeto tierno, pérdida de su amor-propio etc.

Perdidas que llevan a una vivencia de soledad en el empequeñecimiento y la insignificancia.

“Cuerpo trágame”, podría ser una expresión significativa del intento de ausentarse y desaparecer de un escenario tan doloroso.

BIBLIOGRAFIA

- Actualités Psychosomatiques – 2002, n°5, *Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation*, Georg Editeur, Genève.
- Actualités Psychosomatiques – 1999, n° 2, *Mouvements D'organisation et de désorganisation pendant l'enfance*, Georg Editeur, Genève.
- DEBRAY, R. *Clinique de l'expression somatique*, Delachaux et Niestlé, Paris 1996.
- DENIS MELLIER ; *Vie émotionnelle et souffrance du bébé* » Edit. DUNOD, Paris 2005.
- FAIN M. *La censure de l'amante*, Delachaux et Niestlé, Paris 1999
- FRANÇOIS ANSERMET y PIERRE MAGISTRATI, « A cada cual su cerebro, plasticidad neuronal e inconsciente ». Editorial Katz 2006.
- GOLSE, B. avec SEURET, S. MOKHTARI, M. *Bébés en réanimation*, Editions Odile Jacob, Paris, 2001.
- GOISE, B. « L'être-bébé » *Le fil rouge*. Edit. PUF, Paris 2006
- KREISLER, L. *Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique*, Dunod, Paris, 1992.
- KREISLER, L. FAIN, M. SOULÉ, M. *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1999.
- KREISLER, L. SZWEC, G. *Psychosomatique et expression corporelle dans l'enfance*. Généralités cliniques- Propositions théoriques, Encyclopédie Médique Chirurgicale. (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37.404.A.1998.12p.
- LEBOVICI, S. DIATKINE, S. SOULÉ, M. *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*, Puf, Paris, 1985. 3^a ed. 1997.
- LEBOVICI, S. WEIL-HALPERN, F. *Psychopathologie du Bébé*, PUF, Paris, 1989.
- MARTY, P. *El desorden Psicósomático*, Promolibro, Valencia, 1995.
- MARTY, P. *La Psicósomática del Adulto*, Amorrortum Editores, Buenos Aires, 1992.

- PALAU, P. *Bebé en Riesgo*, Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, nº 1, SEPIA, 2000.
- PALAU, P. *Silencio, se escucha...no tocar*. Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, nº 3, SEPIA, 2002.
- PALAU, P. BENAC, M. HARO, J. ROBRES, D. BIOSCA, E. *Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento*. Revista de Neurología, 2003. Vol. 37. XXIX Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.
- PALAU, P. *Somatizaciones en niños de riesgo producidas desde el vínculo*. Revista de Psicoterapia y Psicopatología Clínica, nº 56, mayo 2004. IPEPPM.
- PALAU, P. *Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico*. Revista de Psicoterapia y Psicopatología Clínica, nº 61, enero 2006. IPEPPM
- PALAU, P. *Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno*. Revista de Psicoterapia y Psicopatología Clínica, nº 62, mayo 2006. IPEPPM
- PRESS, J. *La perle et le grain de sable*, delachaux et niestlé, Paris 1999.
- Revue Française de Psychosomatique – nº2, 1996, *A propos de l'enfant et son corps*, PUF, Paris.
- ROSENBERG, B. *Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida*, Editorial Promolibro, Valencia, 1995,
- SMADJA, C. *La vie opératoire*, Études Psychanalytiques, PUF, 2001.
- SZWEC, G. *Les galériens volontaires*, PUF, Paris 1998.
- SZWEC, G. *La désorganisation de l'état dépressif chez le bébé, à l'origine de la dépression essentielle*, Revue Française de Psychosomatique, nº 20, PUF, 2001.
- SZWEC, G. *El niño asmático*. Promolibro