

Somatizaciones en niños de riesgo, producidas desde el vínculo¹.

Pascual Palau Subiela

Desarrollaré éste tema con la exposición de cuatro casos que me permitan ilustrarles la clínica en la que podemos encontrar procesos patógenos, generados desde el vínculo, capaces de producir trastornos somáticos de distinta gravedad en los niños de riesgo psicossomático.

Les hablaré primero de Laura, una niña de tres años. Comencé a atenderla a los dos años mientras estaba ingresada debido a una anorexia primaria de oposición, persistente, con vómitos.

Después de una psicoterapia de la diada, semanal primero y quincenal después, a lo largo de un año en consultas externas y al llegar las vacaciones de verano, la situación de la alimentación permanecía ya estabilizada con la persistencia del apetito como principal motivación para comer.

Una relación afectiva cálida pudo instalarse entre la madre y ella. La madre, que hasta ése momento permanecía distante y fría con la niña desde el nacimiento, con rechazo a la figura del marido, pudo investir tiernamente, por primera vez, de una manera estable e intensa a su hija y, dentro de ésa misma corriente libidinal que incluía al marido, se produjo un reabastecimiento de su narcisismo primario con la aparición del deseo de tener un bebé. Éste bebé sería el primer bebé deseado.

Dos meses después, pasado el verano, volví a verlas. Como ya era habitual, Laura comenzó a jugar con los juguetes depositados en la mesa invitándome a jugar con ella. Su aspecto, serio y triste, se volvió más vivaz y alegre a medida que transcurría la sesión en la que, como de costumbre, yo seguía conversando con la madre mientras jugábamos con la niña.

Éste es un fragmento de la conversación:

¹ Ponencia presentada en las primeras Jornadas Internacionales sobre Avances en Patología Psicossomática, organizadas en Madrid en el Hospital Gregorio Marañón en el mes de Junio del 2003. Artículo publicado en la Revista de psicossomática y psicoterapia médica, 2º número del año 2004. Publicado por el Instituto de Estudios Psicossomáticos y Psicoterapia Médica. Bilbao, España.

M- Hace mes y medio volvió a rechazar la comida y ha vuelto a vomitar., es cuando le da., y se ha vuelto cabezota y contestona y mala, dice la madre.

T- ¿Qué quiere decir?, le pregunto.

N- ¡Soy buena! dice la niña

M- Es demasiado envidiosa, todo lo quiere para ella.

T-¿Cuándo empezó todo?, le pregunto.

M- Al poco tiempo de venir la última vez aquí. Iba bien., pero no quiere comer. Viene de clase y dice que está cansada ó que le duele la cabeza. Pero lo de la cabeza es porque a su padre le dolía y ella dijo lo mismo. Cuando no quiere comer dice que le duele la tripa y si la fuerzo vomita.

T- ¿La fuerza?, le pregunto.

M- Yo creo que lo dice por decir, me contesta.

T- Pero a su hija le puede doler la tripa, le digo.

M- Quiero llevarla para que la vea el médico.

T- Está bien, le digo, aunque podemos intentar pensar en la posibilidad de que pueda existir una relación con las emociones que ella vive. ¿Qué le ha sucedido en éstos dos meses?

M- Va por libre, no para, va de un sitio a otro y a donde ella quiere estar.

T-¿Usted estaba embarazada, no?, le pregunto.

M- Sí pero no, para mí que ha sido un aborto.

E- ¿Cuándo fue el aborto?

M- A la semana de venir aquí la última vez.

E-¿Cómo lo ha vivido usted?

M- Yo estaba muy ilusionada por mi y por ella que pedía un hermano.

E- Ha sido una gran desilusión, le digo.

M- Sí porque ya lo había sacado todo en casa (preparativos para el bebé) y de pronto ya no hay nene, ha sido el aborto.

En ésta sesión la madre habla del origen del aborto. Cuando fue a ver a su madre y le dijo que estaba embarazada, aquella la criticó duramente diciéndole que era una cabezota. Le recriminó querer tener más hijos con un hombre que a ella no le gusta.

Éste rechazo produjo dos días después un aborto espontáneo que cursó depresivamente, pero sobre todo con una supresión de los afectos.

A pesar del profundo malestar que ésa situación generó en ella, no pudo contestar y reivindicar su derecho. No pudo enfadarse con su madre, ni expresarle a alguien el estado de angustia y rabia primero, y de tristeza y abatimiento que sintió después del aborto.

Se vivió recriminada, desinvertida afectivamente, desautorizada en su deseo, desvalorizada desde el agravio comparativo con una prima, por una madre que

atacó las diferencias que existen entre ella y su hija y el intento de ésta de compartir su ilusión.

Pero veamos el efecto que se produce en ella en su modo de percibir y relacionarse con Laura:

Del mismo modo que su deseo de tener un hijo es atacado por su madre, ella ataca las manifestaciones singulares de deseo, diferenciadoras, que emergen desde su hija calificándola de "egoísta".

Usa con la niña el mismo descalificativo de "cabezota" que su madre ha usado contra ella. La agresividad natural, que ella sintió hacia su madre, no pudo ser vivida como legítima sino que fue significada como un rasgo de maldad. De éste modo, las expresiones de disgusto ó enfado de la niña son, también, significadas como propias de una niña "mala".

Esta madre, que niega en sí misma la existencia de dolor, también se lo niega a la hija al afirmar que ésta se queja porque le da la gana ó porque imita al padre.

En la niña, se observa la utilización de unos recursos de carácter, notables pero en vías de fragilización, que la defienden, como último bastión, de un probable derrumbe psicossomático que ya se anuncia en unos elementos prodrómicos, que señalan la presencia de una angustia de tipo difuso y de un estado depresivo en curso: la niña se queja de cansancio, de dolores cefalálgicos de tipo tensional, de dolores abdominales y rechazo a alimentarse con vómitos. La descarga, mediante la vía sensorio-motriz en busca de una calma del dolor-tensión, no da abasto y el alivio de la vivencia de desamparo tampoco se produce. El intento de liberarse del desasosiego la lleva a un moverse, de no parar para no pensar e intentar reanimarse, la niña se vive perdida.

En el área de la relación, ha vuelto a su antiguo comportamiento sobre-adaptado e independiente caracterizado por la autosuficiencia, el desapego afectivo y el rechazo del contacto físico con su madre. Éste mismo comportamiento se ha instalado en la madre con la abuela, al haber dañado esta última, gravemente, el movimiento de reconstitución de una libido invistiente de su Yo y tejedora del narcisismo primario.

La niña sobre-independiente es el reflejo de una madre que busca su supervivencia narcisista en el distanciamiento afectivo, mediante una retirada de sus investiduras de objeto. Este movimiento, que por una parte la aleja de una madre-abuela traumatógena, deja desasistida a una Laura que también utiliza el mismo recurso para defenderse del desamparo que esa intensa pérdida de amor le hace vivir.

Ambas quedan a merced del desencuentro y de un profundo desamparo, que intentan mitigar abasteciendo al narcisismo desde los réditos que produce la satisfacción de un ideal materno de prematuridad yoica, tempranamente experimentado por ambas y reutilizado frente a la reactivación de una experiencia traumática de pérdida afectiva. Éste ideal sobre-adaptativo busca mitigar y proscribir la experiencia de aliento y desaliento mediante su extirpación a través del desarraigo afectivo.

En ésta sesión, he procurado ayudarla a entender sus dolores y las heridas que los han producido. Así mismo, le he señalado la relación que existía entre el sufrimiento vivido por el rechazo violento de su madre, el aborto y el empeoramiento que se manifestó inmediatamente después en la niña. Pero sobre todo, he procurado que se reconciliara con la niña ayudándola a redescubrir la hija cariñosa y divertida que tiene y lo mucho que esta desea disfrutar con ella.

En la sesión siguiente, todo había vuelto a la normalidad en la niña, y mejorado sensiblemente, tanto en la madre, como en la interacción entre ambas.

Éste caso permite observar los efectos de la interacción patógena en un contexto que compromete a 3 generaciones. La niña queda atrapada en la repetición; lo que la abuela hace con la madre, ésta lo hace con su hija mientras que las dos, en su posición de hijas se defienden de un modo similar de sus madres.

.....

Veamos ahora el caso de Pedro.

Pedro es un niño de 3 años al que estoy tratando desde los 20 meses con una psicoterapia de la diada y, cuando el padre puede venir, de la triada. Comencé su tratamiento cuando ya llevaba ingresado dos semanas debido a una intensa bronquiolitis, cuadro que se había repetido dos veces más en los últimos meses requiriendo su ingreso cada vez. Además existía un importante retraso estaturponderal así como frecuentes episodios de colitis. También presentaba un soplo cardíaco de origen funcional y una alergia a los lácteos.

Un año y medio después del tratamiento psicoterapéutico en consultas externas se habían modificado de manera considerable los trastornos: no había necesitado de ningún nuevo ingreso por bronquiolitis, éstas habían cedido su lugar a pequeñas crisis asmáticas que a su vez se habían convertido en

pequeños trastornos respiratorios, cada vez más espaciados y bien controlados con la medicación. Su desarrollo estatura-ponderal había retomado un ritmo adecuado, las colitis habían desaparecido y ya podía tomar tanto leche como yogurt.

Pero como suele suceder en aquellas organizaciones psíquicas vulnerables a los movimientos que se producen en la interacción, sucedieron varios episodios directamente relacionados con trastornos. El que voy a relatar se produjo al año y medio de tratamiento.

Debido a la notable mejoría, ya estable del niño y de la madre, habíamos acordado espaciar las sesiones a una cada quince días. Ésta frecuencia no es la más recomendable pero las circunstancias de mi disponibilidad en el hospital así como la necesidad de priorizar mi atención en los niños de mayor riesgo, presionaban.

Al iniciar unas reformas en su casa, la madre me dijo que no podrían volver hasta un mes después.

Veamos lo que relató la madre en torno a lo que sucedió unos diez días después de la última sesión.

M- Hace quince días estuvo ingresado cuatro días por una gastroenteritis. Tenía retortijones de barriga y lloraba mucho. Al salir del hospital tuvo dermatitis atópica que le comenzó a salir estando en el hospital. Desde hace cuatro días está con antibiótico porque tenía dolor en la garganta y algo de fiebre. Estando en el hospital cumplió 3 años. En Pascua tuvo un poco de fatiga que no llegó a ser bronquiolitis, a lo mejor le pasamos algo de la gripe que tuvimos los demás. Cuando los hermanos están en casa se reanima enseguida, enseguida cambia.

T- ¿Qué tal duerme?

M- Muy bien, en su cama en la habitación de sus hermanos, menos la temporada en la que estaban los picores y le ponía la crema y se dormía después.

Hace varios días no quería venir a casa.

T- ¿Por qué?

M- Es que como estamos pintando la casa.

T- La encuentro más delgada.

M- Tenía dolor en el estomago, tenía mucho jaleo.

T- ¿Qué sucedió?

M- Como en los pueblos hay que arreglar bien las casas., es un jaleo.

T- ¿Qué quiere decir?

M- Mi madre siempre estaba con que aún quedaban cosas por hacer, estaba más nerviosa que yo. Le dije que hacia lo que podía, que no podía más.

El apetito es lo que no he recuperado. Mi madre no paraba con que estaba delgada y se mete con todos.

T- ¿Y su marido?

M- Mi marido está menos en casa.

T- Se ha tenido un poco abandonada, le digo (con mucha delicadeza).

M- Sí, es verdad, no me he cuidado, en Navidad tuve opresiones en el pecho.

El niño, que se muestra muy intranquilo y francamente desasosegado al principio, se va tranquilizando a medida que vamos jugando los tres y su madre va poniendo palabras a su propio estado de desbordamiento traumático debido a una excitación difícil de ligar.

Se trata de una situación muy ardua de contener en la que la dificultad para regular las interacciones a las que se vive expuesta se hace patente; proteger su espacio personal, delimitar los diferentes lugares de los miembros de la familia, defenderse de las intrusiones externas, como las de su madre, siempre insatisfecha, que negativiza de manera permanente su percepción de ella hasta en el modo de expresarle su preocupación por el estado de franca delgadez. Y además, paliar la falta de disponibilidad del marido, ausente la mayor parte del tiempo.

Así pues, el ingreso hospitalario de Pedro se enmarca en un momento en el que la madre se vive presa de una intensa angustia que se manifiesta en la opresión en el pecho, dolores de estómago y de una depresión que tiene su expresión en el cansancio continuo y en la pérdida del apetito.

Si podemos decir, que detrás de un niño enfermo se encuentra una madre que debemos de cuidar, creo que también podemos decir que el grado de fragilidad psicosomática de un niño se corresponde, a menudo, con el del estado de fragilidad psíquica de la madre que en éste caso pertenece a la categoría nosográfica psicosomática de las inorganizaciones.

Se hacía evidente la necesidad de reanimar su narcisismo y arroparla con la reinstauración de la sesión semanal que le permitiera vivirse contenida.

En ésta sesión la interacción entre el niño y su madre comenzó a modificarse. El estado desasosegado del niño que no podía encontrar un apaciguamiento en el juego y el de la madre, muy apagada y sin energía para contener, limitar e investirlo libidinalmente, fue transformándose en una relación en la que ésta fue pasando del esfuerzo por sonreír, hacia una sonrisa aún débil pero más animada y placentera en los intercambios con el niño.

La mejoría de la madre y del niño fue progresiva en las siguientes sesiones. La sugerencia de administrar al niño una pequeña dosis diaria de "bracitos," en un

momento en el que a ésta madre le resultaba difícil sentirse cálida y tiernamente arropada, contribuyó como ha sucedido en otros casos, junto al aumento de las sesiones de la psicoterapia, a una mejoría del contacto y de la calidad de los aportes libidinales tan necesarios para el narcisismo primario ligado al Yo corporal de ambos. En mi experiencia, la dosis diaria de “bracitos”, con “5 minutos” mañana y tarde, puede convertirse en una excelente indicación que complementa, en los casos de dermatitis atópica más graves, nuestra labor psicoterapéutica. En el momento de éste reencuentro Pedro se encontraba con una dermatitis atópica generalizada que llenaba todo su cuerpo: cabeza, cara, tórax, espalda, brazos y piernas. Dos meses después había remitido ya casi por completo.

.....

Pero veamos ahora el caso de Carlos:

Es un niño de 11 años, su especialista en digestivo me solicita su evaluación debido a la presencia de una recto-colitis ulcerosa. Hace pocos días tuvo la segunda crisis hemorrágica. La primera sucedió hace un año.

La madre acude a la primera entrevista con el niño. Al preguntar por el padre ésta me dice que su trabajo no le permite venir.

En el intento de situar cronológicamente la aparición de las crisis, le pregunto por el comienzo de las mismas.

Me dice que tiempo atrás tuvo una “pequeñita” y que la de ahora ha sido más importante. Le pido que intente situar la primera crisis en relación a algún acontecimiento personal ó familiar que pudiera haber tenido lugar en los días ó meses anteriores.

M- “Es que no me acuerdo bien”, me dice.

Le pido que intente situar el mes en el que sucedió.

M- “hace una año., principios de año”.

N- “Antes del verano”, le dice el niño.

M- “En marzo”, recuerda ella.

Le pregunto si sucedió algún acontecimiento familiar.

M- “Mi padre que es muy mayor estuvo enfermo de una angina de pecho y estuvo en la UVI, pero ahora estamos bien”.

T- “¿En qué mes cayó enfermo su padre?”

M- “En abril. Pero no puedo decirle nada porque no tenemos problemas, tenemos cosas como en todas las casas. A lo mejor nos enfadamos algunas veces y estamos bien con mis padres y hermanos”.

Con su afirmación, tajante, de que no hay nada que perturbe significativamente las relaciones familiares, la madre me expresa que no tolera mi acercamiento a su vida emocional. Afirma que no tienen ningún problema y que Carlos es un niño muy, muy feliz.

Ante el levantamiento de tal barricada reconduzco la entrevista comenzando a preguntar por el periodo de gestación y parto al que debía de llegar a indagar igualmente.

Desde el comienzo el niño ha rehusado, tanto mis ofrecimientos de jugar con los juguetes, como de dibujar. Permanecerá sentado, casi sin cambiar de posición, con una quietud rígida a lo largo de la hora y media de entrevista. Los únicos movimientos, automáticos, que se han producido son los de su cabeza para salir al encuentro de la mirada de una madre en busca de recuerdos. Cada vez que la madre intenta pensar sobre algún acontecimiento, dirige fijamente sus ojos en busca de respuesta en los de su hijo mientras éste responde con una expresión, claramente cautiva, de una madre que escruta sus ojos clavando su mirada en ellos.

A duras penas, permanentemente auxiliada por el niño, al que no deja de mirar, la madre va enlazando acontecimientos familiares y fechas entorno a las situaciones de aparición de las recto-colitis ulcerosas.

Y hablando de las enfermedades de su madre, dice:

M- "Tiene tensión en un ojo y la operaron de la rodilla. Yo estaba embarazada de Carlos cuando la operaron de la rodilla".

T- "Antes dijo que también la habían operado de la cadera, ¿recuerda cuando fue?".

N- "Creo que la operaron dos veces", apunta el niño.

M- "En noviembre del 2002 creo que fue", dice la madre.

T- "¿Dos veces Carlos?", le digo al niño.

Pregunta a la que contesta la madre.

M- "Sí, es que no me acordaba, la operaron en verano y ahora otra vez para ponérsela bien".

T- "¿Cuándo?", le pregunto.

M- "En el verano de hace dos veranos", responde la madre.

N- "Del 2000", vuelve a apuntar el niño.

T- "¿Y la crisis de colitis?", pregunto.

M- "A finales de octubre pasado la otra operación de mi madre (2002), y ahí cogió la colitis. Estábamos en la cafetería del hospital y me dijo que había hecho sangre".

T- "¿La crisis comenzó cuando su madre estaba ingresada?", le pregunto.

M- "Sí", me dice.

T- "¿Cuánto tiempo llevaría ingresada su madre"?

M- "Cinco días".

T- "¿Recuerda cómo se sintió usted esos días?"

M- "Bien, sabíamos que le iban a hacer algo y estábamos preparados".

T- "¿Y la primera colitis?"

M- "En marzo del 2001".

T- "¿Qué sucedió ahí?"

M- "Cuando el nene tuvo la primera colitis operaron a mi padre de una hernia discal".

T- "¿Y estando su padre ingresado tuvo la colitis?"

M- "Sí, ése año hubo muchas cosas, ahí fue en marzo. En noviembre (cinco meses antes) se operó a mi hija porque se le desplazó el cartílago de la rodilla".

N- "Sí porque era mi cumpleaños", expresa el niño.

T- "¿Cómo se sintió usted"?

M- "Pues mal, me llamaron del colegio, pero es más porque no te esperas nada".

De este modo quedaban contextualizadas las crisis. Se trata de una época especialmente difícil para ésta mujer.

Su tendencia a minimizar el impacto emocional que ha producido sobre ella la acumulación de unas circunstancias en las que se ha vivido traumáticamente desbordada, llega hasta el punto de tener que defenderse de toda percepción de dolor con una supresión sistemática de la excitación angustiosa de cuya descarga, silenciosa, el niño, a modo de "pararrayos" de la madre, se hace cargo y se resiente somáticamente.

Es evidente la función de sostén y reanimación psíquica, permanente, que éste niño cumple para ella en una situación penosa de la que el padre se ausenta mucho. Ausencia masiva de éste en la vida del niño, equiparable a su ausencia en su cualidad de objeto erótico amante y reanimador para la vida de su mujer.

Éste niño, tan dócil, fue hasta hace dos años un niño que reñía con facilidad con los demás, y a menudo de manera violenta. Un niño con un comportamiento "casorro y muy cerrado, con su genio", dice la madre. Según ella, desde hace dos años ha cambiado mucho, ahora es muy dócil y ya no discute casi, para su gran satisfacción.

Desde entonces, coincidiendo con el comienzo de una época muy angustiosa para ella, el niño renunció a sus defensas de carácter para apuntalar a una madre, a la que debió de percibir muy angustiada y deprimida. Ante la pérdida traumática de las investiduras libidinales y en un intento por recuperarlas, se

convierte en un “niño sostén” sin expresividad propia, quieto, como de cera, únicamente pendiente de socorrer a una madre operatoria.

En ése momento, como sucede frecuentemente en otros casos, se produce un cambio comprometedor para su economía psicosomática ya que pierde las vías de descarga de la excitación y de conflictualidad que le ofrecen las frágiles defensas de carácter, operativas hasta entonces. Defensas que buscaban, con dificultad, la constitución de un sujeto independiente y su protección ante los movimientos traumatógenos de sobreinvestidura y de dolor producido por la pérdida brusca de las investiduras libidinales maternas.

Se agrava la pobreza de su vida imaginaria, no encuentra placer en el juego y tampoco en el dibujo. Permanece casi céreo con una gran atonía afectiva, no se dibujan prácticamente muecas en su rostro. Ha quedado cortado, aislado de sus emociones de dolor, que ha dejado de percibir, mientras siguen produciéndose interiormente con gran intensidad sin vías adecuadas para su metabolización psíquica ó su descarga sensorio-motora.

Es la depresión esencial, evidencia de un estado de desamparo catastrófico en el que resulta muy difícil experimentar el sosiego y el placer de ser. Desde la vivencia de relación, aún fusionante, que lo une a su madre, son las modalidades vinculares, del narcisismo primario, las que rigen la interacción con una tendencia hacia la indiferenciación sujeto-objeto, comprometiendo seriamente, las vías autónomas de goce y de percepción independiente del dolor propio.

La pérdida de libido narcisista y objetal en la madre, es seguida por un efecto de pérdida de libido narcisista y objetal en el niño. Este ve comprometida su homeostasis psicosomática por los movimientos traumatógenos y denarcisizantes vividos por aquella, en situación de hemorragia libidinal, a la que el intenta transfundir y colmatar libidinalmente.

Las situaciones de los casos que acabo de relatar, frecuentes y fácilmente detectables, ponen al descubierto la existencia de unos factores patógenos producidos en el vínculo, precipitantes ó agravantes de patología somática y a menudo enmarcados en un nexo transgeneracional.

Sin embargo, resulta mucho más dificultoso rastrear y descubrir, si los hay, los factores precipitantes de enfermedad somática cuando su etiología pertenece al ámbito de una reactivación y reactualización de experiencias traumáticas presentes en la madre ó el padre desde tiempos remotos.

Intentaré ilustrar estas situaciones con otro ejemplo, aunque quiero aclarar de nuevo que los casos que expongo para ilustrar las circunstancias interactivas que pueden producir enfermedad somática en el niño, son casos que reúnen unas particularidades que los convierten en sujetos de riesgo, cuestión que no abordaré en ésta exposición.

.....

Enrique es un niño de 7 años que se encuentra en psicoterapia desde hace un año, en consultas externas del hospital, a razón de una vez por semana.

Las dolencias que llevan a sus pediatras a pedir mi intervención son en ése momento:

Cefaleas tensionales, trastorno del sueño con frecuentes migrañas nocturnas con vómitos, importante disminución del apetito, diarreas, pólipos en los oídos con intensa supuración de los que sería intervenido finalmente con una colestectomía en uno y una timpanoplastia en el otro.

Antecedentes de un eczema agudo al año y medio, estafilococia cutánea grave a los dos años y medio, anginas de repetición hasta los cuatro años y medio que fue operado y parálisis facial.

En el plano mental se observa una intensa depresión de naturaleza esencial en un síndrome de comportamiento vacío.

(Primera diapositiva para situar la evolución tanto somática como mental)

Doce meses después de iniciar la psicoterapia, debía de tomar la comunión y la madre me pidió interrumpir las sesiones a lo largo de un mes para que ella tuviera tiempo suficiente para hacerse cargo de los preparativos. Después de un regateo quedamos en que sería una interrupción máxima de 3 semanas, aunque con la salvedad de que si se producía alguna alteración en el niño ella debía de ponerme al corriente.

En éste momento la evolución de Enrique es buena, está alegre y muy ilusionado con la comunión. Su evolución física también, duerme bien, tiene buen apetito, y su adaptación a los audífonos ha sido satisfactoria. En los últimos meses no se ha producido ninguna alteración física de interés. Otorrinología tiene previsto un implante auditivo en el oído no operado. Ante su clara mejoría, un mes antes, la madre intenta dar por terminada la psicoterapia.

Como suele suceder con cierta frecuencia, en el tiempo de separación la madre no me puso al corriente de ciertos cambios en el ánimo del niño y aún menos de

la aparición de unos trastornos somáticos días después de la interrupción, que se prolongaron a lo largo de dos semanas.

Así pues, la reaparición de anorexia, trastornos del sueño, la supuración en un oído ya enfermo y la aparición de una pelada la llevó a visitar varios médicos, diferentes al equipo pluridisciplinar que lo atiende habitualmente, sin decirme nada a pesar de que en la primera entrevista posterior al reinicio me dijera que lo vio tan desanimado y tan mal que pensaba que el niño se iba a “deshacer”. Procurando no herirla, le expresé mi disgusto porque no me alertara, volviéndole a señalar la situación de vulnerabilidad psicosomática de su hijo y la importancia de atenderlo lo antes posible ante la reaparición de somatizaciones.

En ésta sesión ella pudo no sólo describir el estado de abatimiento de su hijo sino también relacionarlo con el estado de sobreexcitación angustiosa que ella había vivido esos días y la conexión con su historia infantil. De su propio malestar dijo: “Estaba muy cansada, fui a pedirle algo al médico porque no podía ni caminar. Me despertaba muy temprano. No tenía fuerzas para nada, ni ganas de nada. Eran dolores en las piernas y cansancio”.

El origen, la naturaleza así como los efectos traumáticos que produjo en el niño la situación emocional de su madre es de lo que voy a hablar.

Dos, fueron los factores psíquicos procedentes de la madre que lo afectaron especialmente.

1º- La reactivación angustiosa en ella de acontecimientos que marcaron de manera traumática su historia infantil cuando ella iba a tomar la comunión.

2º- La embestida de ésta compitiendo con el niño para acaparar y ocupar el mayor protagonismo en un espacio y en un tiempo que le pertenecían a él aunque desde el solapamiento de la identidad y de los tiempos que ella vivía, no era él sino ella quien tomaba la comunión.

De éste modo esta madre buscará resarcirse de una falta de satisfacción en su infancia, no a través de su identificación con la ilusión singular del niño, compartiéndola, sino a través de una usurpación de lugar desde la confusión y la supresión de los afectos de éste.

El tiempo de la comunión de la madre estuvo marcado por la reciente muerte de un hermano y por el duelo melancólico que su madre desarrolló desde entonces, intensamente, a lo largo de muchos años, invadiendo el espacio de la niña y atrapándola en él.

Quedó, por una parte, identificada con un protagonismo melancólico, anulador de la posibilidad de compartir una ilusión vital, y por otra, compitiendo con el lugar del hermano muerto e intentando sustituirlo en la mente de la madre perdida, que se obstinaba en el goce de su mortificación.

Sólo la insistencia de aquella niña, ante la oposición de su madre, permitió que tomase la comunión al año siguiente, aunque en unas condiciones muy diferentes al resto de sus amigas; No hubo traje, no hubo reunión familiar, no hubo fiesta, no hubo regalos y no hubo espacio para la alegría, la sombra proyectada por la melancolía de la madre obtuvo el mayor protagonismo.

Éstos elementos traumáticos, mas el deseo de satisfacer la ilusión, quebrada, de la comunión, se reactivaron en la fiesta de su hijo.

Así pues, en la comunión de Enrique también vuelve a estar presente la sombra melancólica a través de una madre que tiene la impresión de que el niño se va a “deshacer”, como se deshacen los muertos ó se los quiere deshacer de la memoria.

Aunque su inquietud expresa, sobre todo, la vivencia de disolución que la representación afectivizada de su hijo ha sufrido dentro de sí misma.

Éste ha sido en definitiva, y de manera resumida, el mundo psíquico materno en el que se ha vivido atrapado el niño.

Al reiniciar las sesiones me encuentro con un niño serio, distante, apagado en su expresividad emocional, ralentizado en los movimientos, que necesita un tiempo para reubicarse y reencontrarse en su relación conmigo. Se le ve haciendo verdaderos esfuerzos por sacar de sí las ideas y las ganas de emprender algún juego ó algún tema de conversación. Permanece silencioso y ausente en diferentes momentos de la sesión. Muy parco en palabras, seriamente menguado en vitalidad, se referirá a ciertos cambios observados en mí. Lejos de hablarme con alegría de lo que pudo ser una fiesta ó momentos ilusionantes vividos entorno a los regalos que han podido hacerle, no hace ninguna referencia a todo ello, se limitará, después de unos minutos de reencuentro, a pedirme jugar al mismo juego que nos ocupó en la última sesión.

Este estado anímico, francamente muy apagado, contrasta con la evidencia de ir revestido de regalos. Reloj, zapatillas, calcetines, camisa, pantalón completamente nuevos, de escaparate, pero sin atisbos de sonrisa seductora. Falta el sustento de una actividad pulsional y fantasmática. Pero también faltan las manifestaciones de angustia ó de dolor psíquico, no existe una expresión manifiesta de sufrimiento, se encuentra inmerso en la reagudización de la depresión esencial.

Tres semanas después, dentro de una clara aunque lenta mejoría expresada a través de la progresiva remisión de las manifestaciones somáticas en consonancia con su reanimación afectiva, desarrolla el juego de una madre que se vuelve aislada y violenta, que resumo a continuación:

Organiza un juego en el que una madre se encierra en una habitación aislada y separada del resto de la familia. Aislada, porque cierra la habitación y se pone a “mirar la televisión”. Separada, porque esta habitación se encuentra en el otro extremo de la casa, muy distante del lugar en el que se encontraba el padre con dos hijos.

Seguidamente los niños inician la actividad lúdica de ponerse música en otra habitación para jugar y bailar. Al escuchar la música la madre sale de manera muy violenta e intenta matarlos con un cuchillo. Sólo la interposición del padre (que seguramente representa la entrevista de unos días antes en la que hablé con ella) impide que la madre pueda ejecutar su violencia infanticida.

Aunque es desarmada por éste, la madre continúa atacando violentamente a los niños. La sesión termina en que se ocultan, acaban tirandola por una ventana y muere.

Éste sería el resumen de una sesión emocionalmente intensa en la que representa a una madre que despliega, repetidamente, una violencia infanticida contra una actividad lúdica, expresión de una capacidad de investir eróticamente al objeto y al propio narcisismo.

Se trata de la experiencia dolorosa a la que Enrique se ha vivido expuesto por una madre atrapada, desde la repetición, en una identificación patológica con una abuela, en duelo melancólico, agresora de la hija “viva” que deseaba festejar su comunión como otras niñas.

Desde la madre de Enrique emana una violencia y un desamor en forma de vacío afectivo y de recriminación indiscriminada y global hacia las expresiones vitales y singularizantes del niño. Esa emanación produce perplejidad, aturdimiento, desolación, inermidad y desesperanza. El niño no puede entender, sólo puede sufrir e intentar entreabrir de vez en cuando una válvula de descompresión que pone al descubierto la acritud, el resentimiento, la desazón y la amargura en la que se vive sumergido, náufrago de la colisión que se produce entre el deseo vital de amor y el sufrimiento por sentirse objeto de descarga de la destructividad materna. Es la desesperanza la que impera en silencio y es el cuerpo el que enferma.

(Segunda diapositiva con las vivencias transgeneracionales)

Ésta situación que, desde un nexo transgeneracional, repite una experiencia traumática, ejemplifica bien la importancia de permanecer alertas ante “las sacudidas” que tienen su origen en el substrato psíquico parental. Su

manifestación, más evidente con la producción de una patología física en el niño, aparece en él junto a una alteración significativa de su capacidad de disfrute en el juego en el que deberían de estar, naturalmente presentes, expresiones eróticas y agresivas.

La indagación minuciosa, en el caso expuesto, en torno a éste tiempo de separación, permitió descubrir la situación, ya descrita, en torno al efecto de desorganización psicosomática que produjo en el niño, la reactivación traumática vivida en la madre por la comunión del hijo.

Se trata de una investigación que intenta abarcar tanto el mundo intrapsíquico del niño como la intersubjetividad intrapsíquica que circula entre él y su entorno parental dentro de una red interactiva en la que, en éste caso, se reactivaban y reactualizaban experiencias pertenecientes a otros tiempos. En estos casos, la investigación cuidadosa permite ir desvelando y desactivando muchos de los vestigios emocionales de épocas pasadas y actuales que se mantienen plenamente activos en su capacidad de influir decisivamente sobre el curso de la evolución emocional y somática del niño más joven.

Pensar que es posible resolver tal encrucijada psíquica, sólo mediante el análisis ó psicodramatización a solas con él puede en los casos más jóvenes y mas severos, resultar insuficiente ya que, no tener acceso a la angustia materna nos impide conocer la naturaleza de los contenidos psíquicos que la atosigan y desorganizan al niño.

Sobre todo porque mientras las claves se encuentran plenamente activas en ella, el niño sólo puede mostrarnos los movimientos de desinvertidura violenta, a los que se vive sometido, y los mecanismos defensivos que éste intenta usar.

Así pues, cuando los efectos patógenos procedentes de ésta ó del padre son, tan intensos como difíciles de descifrar, es necesario considerar una intervención sobre la diada ó la triada.

Auxiliar a la madre ayudándola a comprender el origen de su angustia, alivia de forma considerable la sobrecarga de excitaciones que se transfieren al hijo.

Sin ésta intervención, buscadora de sentido en lo parental, el psiquismo infantil desbordado, cuando no colapsado, permanece a pesar de sus esfuerzos fuera de juego, sin poder evitar el efecto desorganizador que la intensa excitación angustiada de la madre produce en su cuerpo.

En definitiva creo que, tanto en los niños en tratamiento psicoterapéutico como en aquellos que se encuentran en un proceso de valoración o de seguimiento, es necesario mantener una observación atenta sobre su evolución somática para detectar la activación de factores psicoafectivos “traumatógenos” procedentes del entorno inmediato.

De éste modo, a partir de una adecuada detección y comprensión de la etiología del trastorno podemos intervenir sobre el entorno y sobre el niño.

Aunque existen varios registros sobre los cuales podemos indagar, nos interesa en especial considerar la “influencia” psíquica, muda psiconeuróticamente, es decir sin expresión de conflicto manifiesto, que emerge de la madre ó de figuras sustitutorias, objetos de origen de lo traumático, y que toma como destinatario al niño.

El hecho de que el niño sea destinatario directo ó secundariamente implicado, puede ser productor de graves desequilibrios psicosomáticos cuando éste, falto de la suficiente psiquización, se encuentra sin capacidad para entender, revelar y defenderse de un sufrimiento producido en la interacción.

Éste déficit de representación y de expresión en su relación de objeto, así como la inermidad vivida desde una posición narcisísticamente muy vulnerable, podrán llevarlo hacia el desarrollo de una dinámica de comportamiento, atrapada en la repetición, con una actividad imaginaria muy empobrecida, fuertemente inhibida en su expresividad emocional ó sometida a la compulsión de descarga.

Tanto si la patología somática es inmediatamente posterior a la experiencia traumática, como si es producto de la destilación progresiva de una situación traumatógena, ésta es precedida, la mayor parte de las veces y desde varios días ó meses antes, por signos precursores de un cambio en la economía psicosomática que podrá desembocar en una depresión esencial y finalmente en una somatización.

La dificultad añadida, característica del último caso expuesto, es que se trata de una reactivación de experiencias traumáticas muy remotas en el tiempo.

Cuando intentamos identificar, en éstos casos, algún acontecimiento más o menos reciente, con valor traumático, como fuente del trastorno, no lo encontramos.

Es necesario rastrear en la historia parental para descubrir, cuando es posible, su origen, ya que puede proceder de varias generaciones.

Junto a las manifestaciones somáticas que pueden haberse producido en el niño, debemos de interesarnos por la situación emocional y somática del entorno inmediato en contacto con él. Un incremento de la excitabilidad ansiosa, un aumento del cansancio, la aparición de una tonalidad depresiva, la aparición de trastornos del sueño, dolores físicos, pérdida del apetito u otro síntoma somático ó mental sin una manifestación de conflicto psíquico mayor, de tipo neurótico ó psicótico claramente organizado, son algunos de los indicios que

pueden ayudarnos a sospechar de la presencia de un “núcleo traumático de transmisión transgeneracional”.

Por último, quiero señalar que la plurifactorialidad de los trastornos en cuestión plantea la necesidad, evidente, de mantener su abordaje terapéutico en el seno de una intervención transdisciplinar en la que el pediatra desempeña una función esencial para la detección e intervención temprana.

Por ello, considero especialmente necesario promover la investigación y una enseñanza que dote, a los especialistas, de la adecuada sensibilización para la detección e intervención precoz de los casos de riesgo psicossomático, tanto en los primeros meses de vida como en el periodo prenatal.

Bibliografía

- Actualités Psychosomatiques – 2002, nº5, *Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation*, Georg Editeur, Genève.
- Actualités Psychosomatiques – 1999, nº 2, *Mouvements D´organisation et de désorganisation pendant l´enfance*, Georg Editeur, Genève.
- Gérard Szwec, *Les galériens volontaires*, Puf, Paris 1998.
- Gérard Szwec, *La psychosomatique de l´enfant asthmatique*, Puf, Paris, 1993.
- Gilbert Diebolt, *L´épilepsie, une maladie refuge*, Calmann Levy, Paris 1999.
- Léon Kreisler, *Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique*, Dunod, Paris, 1992.
- Léon Kreisler, M. Fain, M. Soulé, *L´enfant et son corps*, Puf, Paris, 1999.
- Léon Kreisler, Gérard Szwec, *Psychosomatique et expression corporelle dans l´enfance*. Généralités cliniques- Propositions théoriques, Encyclopédie MédicoChirurgicale. (Elsevier, Paris). Psyquiatrie, 37.404.A.1998.12p.
- Pascual Palau, *Bebé en Riesgo*, Revista Iberoamericana de Psicossomática, nº1, SEPIA, 2000.
- Pascual Palau, *Silencio, se escucha...no tocar*. Revista Iberoamericana de Psicossomática, nº3, SEPIA, 2002.
- Pascual Palau, M. Benac, J. Haro, D. Robres, E. Viosca. *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.
- Pierre Marty, *El desorden Psicossomático*, Promolibro, Valencia, 1995.
- Pierre Marty, *La Psicossomática del Adulto*, Amorrortum Editores, Buenos Aires, 1992.
- Rosine Debray, *Clinique de l´expression somatique*, Delachaux et nestlés, Paris 1996.
- Revue de psychosomaique – nº2, 1996, *A propos de l´enfant et son corps*, Puf, Paris.

- Serge lebovici, René Diatkine, Michel Soulé, *Nouveau Traité de psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*, Puf, Paris, 1985. 3^a ed. 1997.
- Serge Lebovici, Françoise Weil-Halpern, *Psychopathologie du Bébé*, Puf, Paris, 1989.