

Organización psíquica y vulnerabilidad psicosomática: Diagnóstico y tratamiento temprano¹.

Pascual Palau Subiela²

Introducción.

El término psicosomática remite por una parte al funcionamiento psicosomático saludable, presente de manera permanente como una unidad en todas las personas, desde antes de nacer, en el contexto de los intercambios e interacciones que se producen de manera habitual entre el cuerpo y la mente, en sus diferentes niveles psicobiológicos, entre el yo y el otro y entre el yo y el sí-mismo.

Por otra parte, la psicosomática remite a los trabajos de investigación básica de la psicofisiología, y a aquellos de la clínica psicológica y psicoanalítica que señalan, en ciertos sujetos, la existencia de una fragilidad psíquica que facilitaría, ante determinadas experiencias vitales, producidas en el contexto de la interacción del sujeto con su entorno y consigo mismo, una desorganización psicosomática capaz de afectar funciones, sistemas u órganos.

En ése sentido podemos hablar de interacciones y diálogos que se establecen en diferentes niveles complementarios: entre el entorno y el organismo, entre el entorno y los genes, entre el funcionamiento del cerebro y las actividades mentales, y entre el yo y el sí-mismo.

Los conocimientos científicos generados en las últimas décadas señalan la existencia de interacciones complejas entre todos esos niveles, pero también la gran dificultad que existe de percibir, a priori, la existencia de lazos de causalidad entre esos diferentes elementos y niveles.

Los efectos de la interacción entre psiquismo y el soma, en el marco de las relaciones del Ser con su entorno, son observables desde la vida fetal.

El ámbito de la relación entre nuestro funcionamiento cerebral, nuestros estados emocionales y mentales y el funcionamiento de nuestro sistema inmunitario es un campo que viene siendo objeto de numerosas investigaciones por parte de la neuropsicoimmunología desde una perspectiva bidireccional, que investiga cómo nuestro funcionamiento cerebral puede influir sobre nuestro sistema inmunitario, pero

¹ Conferencia ofrecida en las Jornadas Científicas sobre Salud Mental Infantil, organizadas en Ibiza por ADISAMEF en octubre de 2010.

² Especialista en Psicología Clínica, Psicosomatólogo de bebés y de niños formado en el Hospital de Psicosomática Pierre Marty de Paris, Miembro formador de la Asociación Internacional de Psicosomática Pierre Marty y del Instituto de Psicosomática de Paris. Presidente fundador de ASMI WAIMH España.

también cómo nuestro sistema inmunitario puede influir en el funcionamiento de nuestro cerebro.

Tratar la cuestión de la personalidad psicosomáticamente vulnerable nos lleva a preguntarnos por los diferentes factores, de naturaleza psíquica y emocional, implicados en la aparición de las patologías somáticas; por el lugar que ocupan las tempranas y las actuales experiencias de la interacción; por sus consecuencias en la organización evolutiva del psiquismo y por los aspectos prioritarios a cuidar cuando atendemos a una persona enferma.

La patología psicosomática, en la que resultan de primer orden el factor psíquico y el relacional, puede manifestarse con *alteraciones funcionales*, como pueden ser en la infancia la mayor parte de las anorexias infantiles, los espasmos del sollozo y los trastornos del sueño, entre otros, ó con *patologías lesionales* en las que se genera un daño fisiológico que puede resultar irreversible.

En ambas expresiones el “factor psíquico”, ligado a la interacción desde la vida prenatal, puede estar implicado de manera muy significativa, junto a otros de naturaleza biológica, como desencadenante, mantenedor ó agravante de la patología somática. Aunque es necesario considerar también que entre las manifestaciones funcionales y aquellas lesionales, existen otras que pueden iniciarse en el terreno funcional y evolucionar hacia una afectación orgánica (colopatías funcionales ó reacciones alérgicas).

Conversión histérica versus psicosomática.

Tanto en el niño como en el adulto, se encuentran dos modelos básicos de la expresión somática puestos en oposición: la conversión histérica y la patología psicosomática.

Los fenómenos conversivos histéricos de la infancia suscitan dos riesgos. El primero es el de ignorar una enfermedad orgánica ya que la conversión no sólo puede simularlo todo sino también enmascarar lo que sea, incluidas enfermedades graves inaparentes. El error inverso es el empeñarse en demostrar una enfermedad orgánica inexistente, lo que encierra niño en una medicalización, preso de su sintomatología.

Lo propio del fenómeno de la conversión histérica es de no sostenerse en ningún soporte biológico o fisiopatológico, objetivable. El trastorno conversivo histérico se opone al trastorno psicosomático en una formulación clásica: “el histérico habla a través de su cuerpo y el paciente psicosomático sufre en su cuerpo; el cuerpo es para el histérico un instrumento y para el segundo una víctima”. El fenómeno conversivo histérico es expresión de un conflicto neurótico en el que el síntoma adquiere un carácter simbólico. Los síntomas de conversión histérica suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales: parálisis histéricas, parestesias, la ceguera y la mudez psicógenas.

Sin embargo, la patología psicósomática compromete desórdenes físicos auténticos. No puede ser leída según el modelo simbólico de la neurosis histérica conversiva. La crisis de asma no es una simbolización respiratoria de la angustia y el retraso en el crecimiento por sufrimiento psicológico, no puede ser interpretado como un rechazo del niño, a crecer.

Psicósomática y vulnerabilidad.

Aunque en esta exposición profundizaré en el funcionamiento mental psicósomáticamente más vulnerable, es necesario dejar bien claro que cualquier persona puede, ante el impacto de una determinada experiencia traumática súbita ó continuada, descompensarse psíquica y somáticamente, sea cual sea su organización psíquica y su nivel previo de vulnerabilidad.

En el marco de una intervención interdisciplinar, la labor clínica de los psicósomatólogos está encaminada a identificar la presencia de experiencias vitales y de modalidades de funcionamiento psíquico asociadas que, en el ámbito de la interacción, pueden condicionar la aparición ó la evolución de una enfermedad somática. Su detección, su evaluación y su tratamiento psicoterapéutico especializado, persigue la mejor recuperación psíquica y somática posible del enfermo.

La Escuela de psicósomática de París, fundada por Pierre Marty, y especializada en la investigación clínica y en el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico de las patologías somáticas en bebés, niños, adolescentes y adultos, a lo largo de sus 50 años de existencia, ha identificado, entre los diferentes factores emocionales y psíquicos de riesgo, los siguientes:

La prevalencia de un Yo-ideal rígido; una fragilidad en la constitución del narcisismo primario ó amor propio temprano; presencia de experiencias precoces traumáticas (ó sea, el psiquismo temprano desbordado en su capacidad de metabolización); hipersensibilidad receptiva; baja percepción y discriminación de las sensaciones y sentimientos propios (alexitimia); hiperreactividad somática ante los conflictos de la interacción junto a una bajo nivel de expresividad verbal de los afectos sentidos; tendencia a la confusión e identificación con el agresor; un amor propio apuntalado en *el hacer* ó comportamiento y no en el ser emocional; en ciertos casos una organización psíquica denominada alérgica esencial en la que predomina la reduplicación proyectiva; la presencia de angustias difusas; la negatividad; la depresión esencial y la vida operatoria con un estilo de comportamiento sobreadaptativo.

En general, se habla de un déficit en el nivel de desarrollo de la mentalización y, en particular de la constitución de un preconscious frágil e irregular en su funcionamiento, como el efecto de ciertas experiencias emocionales traumatógenas sufridas tempranamente por el bebé.

Además, se describe una propensión a activar procesos de retracción libidinal que pueden conducir a una desobjetalización y desmentalización, ante la exposición a

ciertas experiencias interactivas de naturaleza traumática, que pueden conducir a una somatización.

En ésta exposición me centraré en comprender la naturaleza de la angustia difusa ó angustia automática y de la depresión esencial.

Veamos el caso de Pedro, un adulto.

Pedro, afectado por un cáncer de hueso muy agresivo, se encuentra encamado en su casa, mientras es tratado con quimioterapia. En una de las primeras visitas a su domicilio, después de ser salido del hospital, me cuenta que siente fuertes dolores en áreas cercanas a la zona afectada por el tumor. Se trata de un dolor que le impide la movilidad y que lo fuerza a mantener una postura incomoda a lo largo del día. Le pregunto si toma analgésicos y me dice que sí pero que resultan ineficaces para ese dolor, aunque sí que lo alivian del que se deriva directamente de la tumoración.

Unos días después de haberle regulado, mediante una pequeña cura de sueño³, la grave alteración del sueño⁴ que venía padeciendo desde hacía meses, al preguntarle cómo duerme y por los momentos de mayor dolor, me dice que por la mañana se despierta bien, sin dolor y sin hinchazón en la parte del cuerpo afectada.

Al darme cuenta de que el dolor hace su aparición y aumenta a lo largo del día, mientras que desaparece al dormirse, le pido que piense en las experiencias que pueden hacerle sentirse mal a lo largo del día y que me las relate sean cuales sean, aunque no le parezcan importantes.

Entonces me dice que se siente mal al escuchar las discusiones de dos personas que pelean sobre el modo más adecuado de atenderlo, lo que la una hace la otra lo descalifica, se siente culpable de dar faena y de ser el motivo de éstas discusiones.

³ La pequeña cura de sueño a la que me refiero, persigue obtener, a lo largo de aproximadamente unos 15 días, una relajación del cuerpo suficiente y necesaria para acceder a un sueño profundo.

El estado tensional del cuerpo, que puede instalarse de manera crónica al generarse sufrimiento emocional, es uno de los motivos que pueden alterar el sueño y dificultar una mejor recuperación ó evolución psicosomática.

En el caso de que sea necesaria, no se trata de usar medicación con efectos hipnóticos sino más bien miorrelajantes, bajo una adecuada supervisión médica.

En los casos en los que la facilitación del sueño mediante un baño relajante antes de irse a la cama; o la escucha de una emisión radiofónica ó musical, con un volumen bajo, para desviar la atención hacia una fuente estimular externa y permitir así la relajación del cuerpo; o la toma supervisada de una medicación miorrelajante; o el acompañamiento al lado de la cama, en el caso de que se trate de un niño, hasta que éste puede acceder a su sueño, entre otras posibles recomendaciones, no permiten el reajuste progresivo del buen dormir, es entonces aconsejable solicitar ayuda a una unidad especializada en los trastornos del sueño con el fin de realizar una investigación neurofisiológica que complemente la investigación y la intervención psicológica.

⁴ Las alteraciones del sueño, previas o posteriores a la aparición de una enfermedad, deben de ser cuidadosamente tratadas con el fin de restaurar, lo antes posible, un buen dormir. Es imprescindible reestablecer las capacidades “reparadoras” que posee, desde un punto de vista psiconeuroinmunoendocrinológico y neurogenético, el sistema dormir-soñar, y conseguir que sea adecuado, tanto por la cantidad de horas de sueño como por su calidad, para obtener la mejor evolución posible del enfermo. Desde ésta perspectiva, resulta necesario evaluar la calidad del sueño ante cualquier alteración somática, psíquica o emocional.

También me dice que lo que lo hace sentirse mal es no poder convencerlas de que no le llenen tanto el plato de la comida, puesto que su hambre no es tanta y al final se siente mal por tener que dejarse una buena parte. También me cuenta que a lo largo del día recibe muchas visitas, sin preaviso y sin ningún control sobre ellas. Las personas que van a visitarlo lo hacen cuando les viene mejor y sin tener en cuenta el efecto perturbador de su tranquilidad. Quien les abre la puerta las hace pasar y Pedro se siente repetidamente invadido en su espacio y en su tiempo personal, sin poder decirles que no.

El denominador común con otras situaciones anteriores es que no es capaz de decir que no, sin sentirse mal al mismo tiempo. Cuando se queja lo hace desde el sentimiento de deuda, de culpa o de vergüenza. Se siente responsable por casi todo, por quienes lo atienden, por si discuten por él, por si se deja comida y ellos se sienten contrariados, y por el esfuerzo que tienen que hacer quienes van a visitarlo. Se vive como una molestia para los demás.

Su sufrimiento, silenciado y ligado a ése sentimiento de responsabilidad, está relacionado con su dificultad para evitar sentirse implicado en el mal humor ó los disgustos de los demás. A lo largo de toda su vida ha intentado complacer para no sentirse rechazado ni ser el origen del malestar ó enfado ajeno. La angustia de los más cercanos a él se ha convertido siempre en su propia angustia, sin poder evitar sentirse contagiado y responsable. La posibilidad de sentirse excluido del pensamiento afectivo ó de la consideración del otro ha sido insoportable.

Ha hecho todo lo posible por ser amable y solidario, procurando evitar el NO de los demás.

Pero cuando alguien, por quien se ha esforzado en atender con abnegación, le ha dicho NO, se ha sentido hondamente traicionado y confundido. ¿Cómo podía decirle que no cuando siempre él, había dicho que sí? ¿En qué había fallado? ¿Por qué no se respetaba el principio de reciprocidad automática?

Esa vivencia de sentirse rechazado, ha generado un sentimiento de desamparo y de recriminación interna muy violenta. La severidad con la que se ha juzgado al sentirse rechazado ó excluido del interés del otro ha precipitado una vivencia de profunda desvalorización; sin saberse querido no ha podido quererse. El valor que sentía poseer al sentirse apreciado o incluido en el mundo de intereses del otro, se ha convertido después en un intenso y muy violento autodesprecio.

Ha perdido su consideración de ser amable. No sólo ha perdido el amor del objeto también ha perdido su propio amor. La experiencia de unión ha dado paso a una experiencia de profundo desgarramiento de su amor propio y así, desgarrado, es la pérdida del auto-sostén, hasta ahora apuntalado en el bienestar ó malestar del otro, lo que lo hace sufrir.

Después de identificar las experiencias diarias desagradables, que se van sumando a lo largo del día, desbordándolo y haciéndolo sentirse mal, sin que él pueda ponerles límites, nos damos cuenta, como suele ser habitual en estos casos, que Pedro evita percibir las sensaciones de malestar ó de necesidad personal por si pueden

desencadenar un conflicto con el otro y por si son de naturaleza egoísta. Procurando no tener que atenderlas, las minimiza hasta el punto de casi no percibir las, ó las considera inadecuadas, ilegítimas ó impertinentes.

Ésta constante, que lo ha acompañado desde muy pequeño, de evitar la percepción de las propias sensaciones y sentimientos que puedan resultar conflictivos en su relación con el otro y que puedan poner en peligro el valor propio, apuntalado en la buena valoración del otro, lo ha llevado a una reducida capacidad de percepción de los sentimientos y sensaciones de alarma, de malestar ó de disgusto personal.

Dos días después de haber podido identificar sus causas y sus efectos, y de haber iniciado un cambio de posición ante aquellas situaciones que le producían malestar, su dolor físico disminuyó considerablemente

Pidió que no lo forzaran con la alimentación y que, tal como se lo recomendé, lo dejaran alimentarse sin extinguir del todo el apetito en cada comida. Pidió, hablando con las personas que se ocupaban de él, que no discutieran por él y que le pidieran su opinión sobre todo aquello que él tuviera que decidir; sus gustos contaban y tenía que ir consiguiendo reconocimiento y legitimidad.

Al contrario de lo que venía sucediendo, cuando el estallido del conflicto desencadenaba silenciosamente un alejamiento resentido del objeto y un intento de hacerse invisible mediante la supresión masiva de su expresividad espontánea, en esta ocasión, después de haber clarificado sus sentimientos y expresado abiertamente lo que deseaba y lo que no deseaba, él se ha sentido más cerca afectivamente de los que lo rodeaban. Ha podido reconciliarse con mayor facilidad con ellos y sobre todo consigo mismo al tomarse en cuenta.

Como le explicaba, ante una situación en la que la percepción interna de malestar ó de violencia está directamente relacionada con un objeto, existen varias posibilidades: se expresa el malestar al objeto, aunque éste pueda enfadarse, ó se silencia y permanece internamente ligado a una vivencia de resentimiento violento y de enemistad con el otro y contra sí-mismo.

Ó le dice no al otro ó se dice no a si-mismo. O se enfrenta al conflicto y al temido rechazo del otro, ó se enfrenta a la incoherencia de sí-mismo.

El direccionamiento de la violencia que se produce en ése conflicto interno dependerá de la alternativa que se tome. Sin expresar abiertamente el disgusto puede seguir con una apariencia de amistad con el otro y con una intensa enemistad consigo mismo.

La coherencia interna reclama que el yo apueste por su protección y su autoestima, que se elija a si-mismo como objeto de amor en una situación en la que el objeto externo resulta lastimante y que canalice la violencia contra el agresor. La confianza en sí-mismo exige demostraciones de amor ligadas a la propia protección. Lo contrario genera desconfianza, sentimientos de gran soledad y de resentimiento violento contra uno mismo. La propia compañía deja de vivirse segura y coherente con el malestar percibido, puesto que el Yo no responde con un comportamiento autoprotector.

El cáncer hizo su aparición después de unos 12 meses de padecer una grave depresión esencial, que sobrevino después de sufrir el maltrato y el abandono de una pareja, a la que se sentía muy unido desde hacía años, sin mediar explicación alguna.

Tras el abandono se instaló un intenso movimiento de auto recriminación interna, que lo llevó a sentirse profundamente repudiado por sí mismo. Lejos de expresar su disgusto y su dolor contra el otro, la experiencia sufrida desde la impotencia, se transformó en una desvalorización vergonzante de sí-mismo y de auto-recriminación por el abandono sufrido.

Dejar de sentirse amado pasó a ser vivido como la consecuencia lógica de la propia falta de méritos y de valor. Si había sucedido era porque él no podía ser una persona amable por otra. El sufrimiento, la violencia, la angustia y la depresión esencial siguieron dañándolo en silencio.

La escuela de psicósomática de París nos dice que la depresión esencial intensa y prolongada expone al sujeto a un riesgo de desorganización psicósomática que puede afectar a su salud física y psíquica de un modo silencioso. ¿Por qué silencioso? Porque la depresión esencial cursa con unas reducidas manifestaciones emocionales de sufrimiento psíquico. Por una parte el sujeto se mantiene plenamente activo con sus compromisos laborales ó sociales y por otra, sufre una "hemorragia" silenciosa de su capacidad vital de disfrutar de lo que hace, de los demás y de sí-mismo.

De éste modo, la depresión esencial se manifiesta en negativo, produciendo efectos, metafóricamente similares, a los que produce un agujero negro en el espacio, cuando éste, en su dinámica implosiva absorbe las estrellas de su alrededor y produce una área caracterizada por la falta de luminiscencia, consecuencia de una dinámica de auto atracción gravitatoria centrípeta que engulle su propia luz y la que pueden ofrecerle los cuerpos más cercanos.

Así pues, ante determinadas circunstancias que afectan, de manera traumática, el núcleo vitalizante del ser humano, éste se repliega sobre sí mismo mediante una retracción que podrá llevarle a una intenso y masivo desinvertimiento libidinal del objeto y de sí mismo y a una desintrincación pulsional de graves consecuencias para su vida psíquica y somática.

¿Pero, por qué seguir por ése camino y no por el de la expresión del propio sufrimiento, compartida con el otro?

En el sujeto se reactivan mecanismos psíquicos muy tempranos, observables en los bebés en sus primeros meses de vida. En éstos bebés podemos observar la activación intencionada de una desconexión de sus percepciones sensoriales y físicas cuando éstas los exponen a una experiencia interactiva prolongada ó muy intensa, afectada por la angustia, el sufrimiento ó la violencia, propias ó/y del otro, de efecto traumático.

El estudio de la depresión esencial, detectable en los primeros tiempos del bebé, descrita por Pierre Marty, es fundamental para la comprensión de la patología psicósomática.

En su libro "El orden psicossomático" (1980), en el capítulo de la depresión esencial, P.Marty propone la siguiente definición: "la depresión esencial, que acompaña regularmente el pensamiento operatorio (vida operatoria), traduce la disminución del tono de los instintos de vida.... Se la califica de esencial en la medida en la que la disminución de ese tono se encuentra en estado puro, sin coloración sintomática, sin contrapartida económica...la depresión esencial reenvía no sólo a unos fenómenos precoces, sino también a las dificultades de la existencia primaria".

Considerada la depresión esencial como referente clínico de las depresiones sin expresión, es necesario escuchar de otra manera la clínica de estos estados depresivos.

Efectivamente, aquí no escuchamos ni expresión de un sufrimiento psíquico, ni culpabilidad, ni sentimiento de inferioridad, ni siquiera angustia. La depresión clásica se encuentra despojada de su densidad enigmática. C. Smadja señala que la depresión sin expresión se revela a través de la *fatiga*, una fatiga como la de todo el mundo, pero una fatiga tenaz que se convierte en cansancio ante la vida, en relación a todas las cosas ordinarias de la vida. La depresión sin expresión se revela también a través de un estado de *tensión* que los pacientes llaman algunas veces estado de estrés. Se trata de un estado mediante el cual hablan de su incapacidad para dejarse llevar ó relajarse y encontrar el sosiego en su interioridad. La depresión sin expresión se manifiesta a veces a través de un *malestar vago, difuso y persistente*, análogo a los estados de angustia difusa.

En estos estados depresivos, que producen muy a menudo trastornos del sueño, se encuentran frecuentemente diversas quejas corporales. El cuerpo se impone así, al contrario del psiquismo, como un objeto de expresión dolorosa.

La psicoimmunología.

Veamos los resultados de algunas investigaciones llevadas a cabo con animales y expuestas por Jean-Claude Ameisen, profesor de inmunología de la Universidad Paris 7 y director del INSERM.

En un estudio que aborda la ansiedad se pregunta si existen circunstancias en las que un mismo estado emocional mental, pueda ser provocado por una modificación del entorno externo ó por una modificación interna del cuerpo.

¿El grado de ansiedad de un individuo está ligado a su historia personal y/ó a factores genéticos?

Hace unos años fueron identificadas, en las ratas, linajes genéticos en los cuales todos los adultos tenían un comportamiento particularmente ansioso y otros en los cuales todos los adultos tenían un comportamiento relativamente sereno. Y como en éstos linajes tanto la ansiedad, como la serenidad se propagaban de padres a hijos, se consideraba que los niveles muy diferentes de ansiedad estaban determinados genéticamente. Lo que resultaba interesante era que esos niveles hereditarios de ansiedad correlacionaban desde un punto de vista mecanicista y molecular, con diferencias al nivel de la expresión de ciertos receptores de neuromediadores, en determinadas regiones del cerebro.

Dicho de otra manera, cuando se hacen cortes del cerebro de los adultos, aquellos que son ansiosos no presentan la misma cantidad de receptores que aquellos que no son ansiosos. Desde ésta perspectiva existe una correlación biológico-comportamental, que, siendo hereditaria, parece estar genéticamente determinada.

¿Cuál es la naturaleza de los genes implicados? Para intentar contestar, los investigadores han realizado la experiencia siguiente. Han retirado de sus madres, nada más nacer, a los recién nacidos que formaban parte de un linaje ansioso y los han hecho criar por unas madres de sustitución pertenecientes a un linaje sereno. No solamente los pequeños devenían adultos serenos, sino que su cerebro adulto presentaba las características del cerebro de los adultos del linaje sereno. Más sorprendente aún: si el pequeño del linaje ansioso, criado por una madre de sustitución del linaje sereno, es una hembra, ella parirá y criará unos pequeños que serán unos adultos serenos, cuyo cerebro tendrá las características del cerebro del linaje sereno.

Dicho de otra manera, existe transmisión hereditaria de un comportamiento (ansioso ó sereno), pero ésta transmisión no es del orden genético. Es el comportamiento de la madre el que influencia la estructura del cerebro y el comportamiento futuro de la cría.

La experiencia inversa también fue hecha: se tomó un ratón recién nacido del linaje sereno, y se lo dio a criar a una madre de sustitución del linaje ansioso. No sólo el adulto deviene ansioso y su cerebro adquiere las características del linaje ansioso, sino que en el caso de que sea hembra, sus pequeños se convertirán en adultos ansiosos.

J. C. Ameisen extrae de todo ello dos nociones muy importantes. La primera es que la naturaleza del entorno exterior encontrado muy precozmente (el comportamiento de la madre) va a producir una afectación biológica extremadamente importante que puede producir la ilusión de que existen poderosos determinantes genéticos actuando en el hijo.

La segunda noción es que ésta impronta precoz y muy transitoria, que imprime el entorno exterior, va a ejercer un efecto muy duradero, que influye el comportamiento del adulto, y que cuando se trata de una hembra, ésta tiene la capacidad de influenciar de manera semejante y duradera a sus pequeños.

Se trata por tanto de un fenómeno que puede considerarse, nos dice J. C. Ameisen, como una transmisión “cultural” de comportamientos emocionales “normales” ó “patológicos”, que se acompañan, en el pequeño, del desarrollo de una estructuración diferente de ciertos aspectos del cerebro.

Ésta estructuración particular del cerebro del pequeño, en respuesta al comportamiento maternal ¿Es la causa del comportamiento ulterior “normal” ó “patológico”, que adopta el pequeño al llegar a adulto?

En otro momento de su artículo cita una investigación en la que, de manera transitoria, se silencia la actividad de un gen ligado a un receptor de la serotonina. Cuando se silencia la actividad de este gen en los días siguientes a su nacimiento, la cría se volverá ansiosa en la edad adulta. Sin embargo cuando se silencia la actividad del gen en la

edad adulta, no se produce un aumento de la ansiedad.

En este caso nos encontramos ante la influencia ejercida por el entorno interno, es decir la capacidad del recién nacido para fabricar o no un receptor para un neuromediador. En los dos casos, sin embargo, como imágenes en espejo, un acontecimiento precoz, que se produce durante un periodo relativamente breve, va a ejercer una influencia duradera.

En los dos casos existe un decalaje temporal importante entre el momento en el que se produce el acontecimiento y el momento en el que sus consecuencias detectables en materia de comportamiento, va a comenzar a manifestarse.

¿Cuál es la razón de este decalaje temporal? ¿Y por qué el defecto de fabricación de este receptor de la serotonina no tiene ninguna consecuencia comportamental detectable si comienza en la edad adulta?

Al parecer la presencia o la ausencia de este receptor no ejerce un efecto directo notable sobre el nivel de ansiedad. Sin embargo, la presencia o la ausencia de este receptor parece influir sobre las modalidades de construcción de las redes de sinapsis en la pequeña infancia. Dicho de otra manera, según nos plantea este investigador, la presencia o ausencia de este receptor a lo largo de la pequeña infancia va a modificar en parte la arquitectura de las redes neuronales, y es esta arquitectura la que ejercerá después una influencia sobre la respuesta del adulto a su entorno exterior, y por tanto sobre su nivel de ansiedad.

De todo ello se extraen varias nociones importantes. La primera es que un mismo grado de ansiedad - un mismo nivel de respuesta emocional - puede tener su origen en un comportamiento maternal, externo, o en una modificación genética, interna. Y, también ahí, podemos imaginar la riqueza de los bucles de interacciones complejas que pueden participar en los diálogos y las amplificaciones o al contrario inhibiciones recíprocas entre esas influencias externas e internas.

La segunda noción es que puede existir una gran disociación temporal, una gran latencia entre el efecto observable y la causa que lo ha provocado.

La última noción, muy general en biología, es que la naturaleza de la respuesta de un individuo a un acontecimiento externo o interno dado, es muy variable en función de su estadio del desarrollo. En otros términos, existen ventanas temporales de susceptibilidad o resistencia, de fragilidad o de fortaleza.

En la actualidad comienza a revelarse la naturaleza extremadamente compleja de las relaciones entre el funcionamiento del cerebro, el funcionamiento del cuerpo en su conjunto, y los estados emocionales y mentales que el cerebro y el cuerpo producen y experimentan. Esa naturaleza especialmente compleja de interacciones entre el adentro y el afuera, entre el pasado y el presente, entre la historia individual y la herencia genética y cultural, es hoy en día el campo en el que necesita moverse, a mi entender, la comprensión psicósomática de la salud y de la enfermedad.

Pero en la vida del bebé no es suficiente la exposición precoz y prolongada a una experiencia de angustia materna, para que se genere un factor de vulnerabilidad psicosomática puesto que, además de la naturaleza y de los recursos propios de cada bebé, ésta puede combinarse con distintas circunstancias externas e internas como es el origen y naturaleza de dicha angustia, ligada, o no, a una afectación infantil temprana propia, reactivable; es decir, su combinación con un estado depresivo como puede ser una depresión post-parto severa con ó sin tratamiento adecuado en los primeros momentos de su aparición; una experiencia obstétrica traumática; la utilización crónica, por parte de la madre ó del cuidador, de una tendencia a la supresión más o menos intensa de los recursos perceptivos y expresivos de su mundo emocional, que ella o él tenderá a cultivar también, de manera inconsciente, en el bebé; la mayor ó menor tendencia crónica a la negativización de los encuentros placenteros y de sus representaciones, unido a la tendencia a convertir en padecimiento la experiencia ligada al cuidado del bebé; la presencia de un duelo inelaborado ligado a pérdidas perinatales ó infantiles y, entre otros factores, el mayor ó menor apoyo de pareja, familiar y social.

Los efectos de la angustia temprana compartida.

Observable desde la infancia, y derivada de ciertas experiencias de la interacción de efecto traumático para el psiquismo temprano, la vivencia que antecede y precipita la caída en la depresión esencial es la angustia, una angustia automática de naturaleza difusa que no puede ser enlazada de forma consciente, a alguna causa concreta por quien la padece, al contrario de la angustia señal.

La angustia difusa, que es una manifestación indicadora de una vivencia interna de desamparo psíquico del Yo temprano, remite a experiencias emocionales que desbordaron y alteraron sus funciones de autorregulación somatopsíquica, y permanece como huella más o menos activa a lo largo del desarrollo personal, frecuentemente junto a otras características personales como son: la hipersensibilidad emocional ó hipervigilancia en los intercambios del sujeto con el mundo emocional de los demás, la hiperreactividad somática, la necesidad de una estimulación sensorial y motora frente a la dificultad para experimentar el sosiego en el cese de la actividad y una gran dificultad para definir los límites del Yo en su relación con el otro al que ni se atreve a decir No, ni a expresar lo que siente. El temor ó susto a una reacción negativa de malestar ó de rechazo del otro, paraliza al sujeto y lo lleva a una actitud camaleónica de mimetismo y de ocultamiento, desde la cual antepone la satisfacción de la expectativa ajena, a la de sus propios deseos ó necesidades subjetivas.

Como su nombre lo sugiere, se trata de una vivencia de ansiedad que genera un estado de tensión basal que puede acompañar al sujeto, como una segunda piel, con variaciones en la intensidad, durante largos periodos de su vida, reapareciendo y desapareciendo en función de las experiencias vitales interactivas del momento y de una mayor ó menor predisposición, arraigada en gran parte a sus experiencias relacionales tempranas.

Frente a ella y la excitación que produce, tanto el niño como el adulto poseen varias

vías para intentar su cancelación:

La primera es el trabajo psíquico que permita establecer enlaces significativos que desarrollen una conciencia comprensiva acerca de sus causas y de sus efectos, construyendo de éste modo un sentido con la experiencia interactiva entre el adentro y el afuera, entre el yo y el otro y entre el yo y el sí-mismo.

La segunda vía es la de la descarga sensorio-motora tan usada por los niños y ciertos adultos que no pueden parar su hiperactividad y su avidez de estimulación sensorial. ¿Por qué no pueden parar? Porque al parar se viven directamente confrontados con la vivencia de un estado tensional que permanece en ellos sin haber podido ser agotado mediante la sobreactividad.

Ciertos comportamientos que buscan extinguir la tensión mediante la descarga motriz e intentan al mismo tiempo ligar la angustia a alguna experiencia significativa de peligro, han sido descritos por Claude Samdja y Gérard Szewec con el nombre de *Procedimientos Autocalmantes*.

Procedimientos observables en todas las edades, que buscan un agotamiento físico para neutralizar la tensión mediante su descarga sensoriomotora, ó mediante conductas de riesgo, como sucede en el caso de ciertos deportistas para, así, intentar significar la angustia difusa mediante el desarrollo de enlaces que la conecten con experiencias de peligro actual, para intentar convertirla, aunque sea de manera fugaz, en angustia señal.

Dicho de otra manera, para poder experimentar mediante la constitución de una relación de causa y efecto, la angustia ó el pánico que los atormenta, de manera basal, sin que puedan llegar a ser conscientes de su naturaleza.

¿Pero qué puede suceder con la permanencia ó el recrudescimiento de la angustia difusa si ésta se manifiesta con una gran intensidad apenas sentida por el sujeto?

Que puede producir una desorganización de la capacidad trabajo psíquico empleado para la metabolización de las experiencias de desamparo traumático y llevarle a una verdadera parálisis psíquica.

¿Pero cual puede ser la naturaleza de las experiencias somatopsíquicamente desbordantes, a las que puede vivirse expuesto el sujeto de forma muy temprana?

Entre otras, la experiencia de contagio, por resonancia ó en espejo, de un estado de angustia intensa y prolongada proveniente del cuidador, que produzca una excitación-tensión psicofisiológica que desborde los recursos psíquicos tempranos disponibles para procesarla, y acabe produciendo una experiencia interactiva traumática.

¿Qué sucede si el bebé no consigue ésa reducción de la excitación psicofisiológica?

Que buscará simultáneamente, una modificación de la experiencia emocional del cuidador y una modificación de la percepción de los propios estados emocionales y sensoriales.

¿Qué sucede si no consigue modificar la naturaleza de su experiencia ligada a la vida

emocional y psíquica del otro y sigue viviéndose expuesto a la misma de manera continuada?

Que podrá usar, desde las primeras semanas de vida, unos recursos de desconexión de su perceptividad de la experiencia somatopsíquica dolorosa, y una supresión de aquella expresividad emocional que pueda alterar, aún más, el estado emocional del otro.

¿Qué sucederá si éstos mecanismos se mantienen mucho tiempo y con gran intensidad? Que comenzará una experiencia de desamparo-pánico al perderse la experiencia de investimento vital de la propia capacidad de seguir invistiendo el mundo de los afectos propios y de las representaciones afectivizadas del otro y del sí-mismo, y conducir a una cronificación de esos mecanismos,

El efecto que produce el desapuntamiento y pérdida dramática de la propia vitalidad ligada a la capacidad de seguir invistiendo, desde el placer, el mundo relacional, emocional y sensorial propio, hunde al sujeto en un estado de pánico-desamparo y de violencia muda, que generan un deterioro funcional de la organización psíquica alcanzada hasta ése momento.

Éste hundimiento de la experiencia de vitalidad producida por la constatación de la pérdida, mantenida, del deseo de disfrutar de sí y del otro, arrastrará al sujeto a una experiencia de depresión esencial ó de des-presión y desintrincación pulsional ó desesperanza vital, que podrá alterar por sí-misma ó en combinación con otros factores biológicos, el adecuado funcionamiento de la organización psíquica y somática.

La vida fetal y la psicósomática.

El interés por la perinatalidad ha ido desplazándose en las últimas décadas desde el bebé al recién nacido, desde el recién nacido al prematuro y en los últimos tiempos hasta el feto.

La atención se ha centrado principalmente en la vida psicológica de la madre durante la gestación y, eventualmente, sobre los acontecimientos afectivos traumáticos que haya podido padecer.

Para Michel Soulé la vida prenatal merece ocupar en nuestra ciencia el lugar legítimo que le pertenece, aquel del primer capítulo de la biografía verdadera de la persona humana y no de preámbulo o de prehistoria.

Desde esta perspectiva resulta necesario construir una clínica del desarrollo global del feto puesto que no sólo existe un feto reconstruido, también existe un feto real al que va accediendo el conocimiento científico.

En el periodo antenatal se producen elaboraciones psicobiológicas que no se manifestarán más que después del nacimiento. Elaboraciones que pueden ser comprendidas, junto a los elementos del desarrollo del bebé, como el resultado de un sistema interactivo arcaico, desordenado o caótico, y contradictorio con unos

acompañantes que interactúan a veces de forma divergente.

Los avatares sobrevenidos en la tríada biológica madre-feto-placenta pueden tener consecuencias sobre el desarrollo fetal, pero también podrán ser retomados después del nacimiento en el plano de la relación bebé-madre-padre.

Las dificultades que la madre haya padecido y que no hayan sido atendidas en la gestación, deberán de ser abordadas en el post-parto. No sólo hay continuidad entre los avatares ligados a las interacciones de la vida intrauterina y la vida extrauterina, también entre el pre-parto y el post-parto. Los síntomas precoces del bebé pueden ser las primeras señales de unas dificultades que conciernen tanto a la madre como al bebé y que podrían tener su origen en el tiempo de gestación.

Los síntomas psicossomáticos precoces que manifiesta un bebé, como pueden ser los espasmos del sollozo dentro de la primera semana de vida, puede ser una manifestación directa de una experiencia de malestar emocional compartido con una madre afectada en el parto ó en el post-parto y en otras ocasiones de un malestar instalado en ambos ó en él sólo, en el tiempo de la gestación.

Discernir la naturaleza, el origen y la cronología de aparición de los factores presentes y recombinados en la espiral de interacciones entre madre-feto/niño y padre, resulta de especial importancia a la hora de intervenir.

La idea de que el bebé ó el niño, es así desde que nació, conlleva la interpretación de que las manifestaciones precoces de alteraciones psicossomática están determinados genéticamente.

La precocidad receptiva y perceptiva del bebé, desde antes de nacer y especialmente en las horas siguientes a su nacimiento, le permite entrar en contacto con el mundo emocional de quien lo cuida, desde una gran sensibilidad somatopsíquica.

No debemos de olvidar que tanto la madre como el feto y después el bebé, pueden afectarse mutuamente. Las dificultades neonatales inesperadas, generadoras de angustia para la madre y para el bebé, pueden convertirse sin ayuda, en una espiral de transacciones emocionales perturbadoras en ambos sentidos. De éste modo, tan importante es detectar la alteración en la madre como en el bebé ó en el feto y en el padre.

La detección precoz en madres que tienden a suprimir, de manera inconsciente, la expresividad y la perceptividad tanto emocional como sensorial, en sí mismas, resulta especialmente importante puesto que sus dificultades cursan la mayor parte de las veces sin las manifestaciones emocionales positivas correspondientes al nivel de angustia que padecen internamente. Las consecuencias pueden ser una descompensación somática propia ó una alteración de la vida fetal derivada del estado tensional que padecen sin darse cuenta del mismo.

Las manifestaciones a las que tenemos acceso y de las que tenemos experiencia, son aquellas de las expresiones psíquicas y comportamentales, pero estas tienen un soporte

biológico y una vivencia corporal cuya historia comienza en la vida fetal.

Los trastornos psicossomáticos precoces que el bebé manifiesta en la interacción con su madre, se enmarcan en una historia diádica iniciada en la gestación y entrelazada con la historia infantil y reciente de la madre y del padre.

Como decía anteriormente, los procedimientos auto calmantes buscan, desde la repetición de la descarga sensoriomotora, acabar con una excitación mediante otra excitación de tipo motor, buscando un primer nivel de ligazón entre las sensaciones en el cuerpo y las percepciones sensoriales de una excitación traumática aún "no ligable" por un sistema de representaciones pensamientos.

Los procedimientos auto calmantes descritos por G. Szwec pueden, en ciertos casos, inscribirse como una prolongación de procesos psicofisiológicos precursores muy precoces, que ya funcionan como sistema de descarga en la vida fetal.

M. Soulé encuentra en la observación ecográfica del feto, movimientos de sacudidas en salvas, que podrían tener una función comparable:

- Movimientos de la boca como bostezos de carpa y movimientos de la cara.
- Movimientos de pedaleo, de flexión de la mano y del antebrazo.
- Movimientos de los hombros, de estirar la cabeza hacia atrás, de estiramiento del raquis
- Movimientos diafragmáticos en salvas, de cinco a seis minutos como una hiperpnea, desde la edad de los seis meses.

Otros investigadores de la vida fetal también encuentran una modificación de los patrones de comportamiento en los fetos de madres expuestas a una experiencia de cierta ansiedad.

Siendo estos movimientos significativos de una tendencia a la descarga, reveladora de un estado tensional, relacionables con un estado de ansiedad materna, no son sin embargo, en mi opinión, suficientes para que se instale un comportamiento en el que encontremos la utilización prevalente y crónica de los procedimientos autocalmantes.

Su consolidación dependerá de que sean reforzados por una madre ó un cuidador, que tienda a su utilización debido a su propio funcionamiento psíquico.

Veamos ahora un ejemplo.

Los procedimientos autocalmantes en Irene.

Irene tiene 7 meses y su madre me consulta porque la niña se despierta cada 2 ó 3 horas cada noche. Cuando la bebé se queja, la madre va a verla y la coge en brazos ó le ofrece el pecho. Entonces se produce un debate porque la niña no desea alimentarse ni tampoco que se la coja en brazos ó se la vuelva a dejar en la cuna. Sus despertares son difíciles de atender puesto que ni se calma con el pecho ni tampoco al ser cogida en

brazos. Al cabo de un tiempo de debate, en el que la bebé se muestra muy irritada y enfadada, debatiéndose físicamente con el cuerpo de su madre, la niña se duerme de nuevo y vuelve a despertarse al cabo de otras dos ó tres horas. Desde que ha nacido Irene, la madre viene padeciendo una alteración del sueño, debido a los frecuentes despertares de la niña que la mantienen en una situación de tensión permanente, apenas percibida por ella, de la que se queja muy poco a pesar de lo que evidencia su rostro.

La dificultad de Irene para dormirse y permanecer separada, sin tocar el cuerpo de su madre, sucede desde el primer día de su nacimiento. La madre dice que al nacer la bebé no toleró la separación y la mantuvo durmiendo con ella largo tiempo.

Si no es la niña la que se despierta es la madre quien lo hace al sentirse inquieta por el estado de su pequeña.

Irene ha sido alimentada al pecho siguiendo el ritmo de su demanda y ya se le han introducido las papillas

El padre relata que la niña necesita que se la cambie de espacio después de un rato de permanecer en el mismo lugar. Desde su mirada viva y observadora, se muestra muy interesada por todo lo que sucede a su alrededor, pero necesita ser cambiada de espacios cuando su padre ó su madre permanecen parados un rato, de tal manera que ambos tienen que estar paseando con ella ó aportándole estímulos nuevos cuando se cansa ó se aburre de estar en el mismo lugar.

Hasta hace poco era casi inseparable de su madre. Si la madre se la dejaba un momento a otra persona la niña se ponía a llorar, al igual que si la dejaba en su cunita. La mayor parte de las veces en las que la niña ha llorado a lo largo del día, la madre le ha ofrecido el pecho ó la ha cogido en brazos para calmarla.

En mi consulta la niña se comporta como una bebé sana y despierta que interactúa fácilmente con sus padres, que me observa con interés y en la que no percibo ningún signo de psicopatología temprana. Lo único llamativo, tal como me lo han descrito los padres, es que necesita que su madre ó su padre la cambien a menudo de posición en su regazo ó que ellos mismos modifiquen su posición moviéndose con ella al cabo de unos minutos.

En uno de los momentos en los que el padre ó la madre la mueven enseñándole nuevos detalles de la sala para distraerla, le pido a la madre que se siente cómodamente en el sofá con la niña en su regazo y al cabo de unos instantes la niña comienza a moverse en sus brazos buscando salir de ellos ó conseguir que su madre se levante. A petición mía la madre permanece sentada y la niña comienza a expresar un malestar creciente mediante reniegos que van en aumento. La madre y el padre se inquietan y éste me dice que él padece mucho cuando la escucha quejarse hasta el punto de que tiene que aportarle de inmediato algún estímulo para tranquilizarla, y que lo mismo le sucedía con la hija mayor.

La madre me dice que ella la atiende de inmediato también y que si no lo hace, la niña se enfada mucho. No tolera estar sola ni unos minutos. A lo largo de unos 25 minutos de ésta primera consulta, Irene ha llorado pasando por diferentes estados emocionales;

tras los primeros reniegos, ha ido apareciendo una irritación intensa con mucha agitación de su cuerpo, con el que hacía lo posible por salir del regazo, y después un enfado abierto expresivo de un estado de violencia-dolor, enmudecida hasta ahora. Nunca había llorado de éste modo porque desde su gran sensibilidad, sus padres se habían angustiados mucho y la habían calmado de inmediato.

Después del tiempo de enfado abierto con retorcimiento de su cuerpo, mientras su madre, sin acallarla, le expresaba con cariño palabras de consuelo y le prodigaba caricias, ha ido disminuyendo su crispación y ha dejado paso, poco a poco, a unos suspiros de pesar, acompañados de una relajación corporal y de la desaparición de la tensión. En ese momento, su madre le ha ofrecido el chupete y la niña, aún pesarosa, lo ha aceptado mientras buscaba acoplarse con gusto en el regazo de su madre, en el que ha permanecido, sosegada, hasta el final de la sesión en el que se ha ido muy tranquila en los brazos de su madre.

El incremento de la tensión-desasosiego ha sido vivido hasta ahora con angustia por la niña. Cada vez que ha experimentado ese incremento de tensión se ha quejado, y sus padres la han rescatado de inmediato mediante un aporte de estímulos sensoriales y corporales que la han calmado distrayéndola del malestar.

Hasta este momento ella aún no había podido experimentar y descubrir, ni sus padres tampoco, que puede encontrar en sí-misma los recursos adecuados para una autorregulación somatoemocional, conseguida ahora gracias a la expresividad abierta de sus emociones, toleradas y contenidas por sus padres, desde la comprensión de esa necesidad de su hija.

Metafóricamente hablando, cuando aparecía la tensión malestar ella sentía que se ahogaba por temer no saber nadar en esas aguas. La demanda de ser rescatada con el movimiento físico y la aportación de estímulos distractores, satisfecha por unos padres padecedores en los momentos de separación, reforzaba ó incrementaba su angustia de sucumbir ante el incremento de la excitación-malestar interno.

El dormir también es un tiempo de separación que requiere ser tolerado por la díada, madre-bebé para poder acceder a la necesaria relajación del cuerpo, mediante la retirada provisional de las investiduras sensorio-motoras, apuntaladas hasta entonces en el mundo de la vigila y, desde ella, poder entrar en el sueño profundo.

Irene es la segunda edición de una problemática que se produjo en los mismos términos con su hermana Beatriz, 5 años mayor que ella.

Cuando Beatriz tenía 3 años fui consultado porque padecía un trastorno del sueño: no conseguía conciliar el sueño y permanecía despierta hasta una hora ó más antes de poder finalmente dormirse, tenía frecuentes despertares, dormía pocas horas para su edad (7 u 8 horas), no toleraba las siestas, padecía irritabilidad y no toleraba ser ayudada en todo aquello que, por su avanzado nivel de desarrollo psicomotor, ella ya podía ejecutar sola. Era una niña cognitivamente muy avanzada en su desarrollo intelectual, pero poco cariñosa, que rehuía el contacto corporal y no toleraba la separación de sus padres, hasta el punto de que por la noche la madre tenía que

acostarse con ella.

La solución con Beatriz fue relativamente fácil después de entender lo que sucedía del lado de la niña y del lado de los padres y el tema quedó resuelto en poco tiempo mediante una cuidadosa investigación y unas recomendaciones entre las que se encontraban: una cura de sueño de unos 8-10 días para la madre, la cual también padecía insomnio y frecuentes despertares nocturnos desde hacía muchos años; que el padre atendiera más a la niña por el día y por la noche; acompañarla para facilitarle el acceso al sueño sin acostarse con ella; adelantar progresivamente la hora de acostarse hasta llegar a la hora natural para una niña de su edad; favorecer las demandas afectivas regresivas que tanto preocupaban sus padres al temer un movimiento de retroceso y pérdida inquietante de las conductas autónomas de autosuficiencia que hasta ahora habían sido tan valoradas por ellos etc....

Al cabo de un mes tanto la niña como la madre dormían bien por las noches, accediendo con facilidad al sueño, la niña dormía las siestas y reclamaba la ayuda a su madre, como si fuera más pequeña en cuestiones que, hasta entonces, al contrario de otras niñas de su edad, ella no permitía que se le prestara ninguna ayuda. Fue disfrutando de los mimos, del regazo de su madre y pudiendo tolerar las separaciones.

Por si puede haberse generado alguna duda en quienes escuchan éste relato, debo de afirmar que los padres de Irene son unos padres muy amantes de sus hijas.

De la madre diré que es una buena persona, muy querida por su entorno familiar y profesional, muy sensible ante las preocupaciones ó sufrimientos de las personas próximas a ella. Su entrega abnegada en los proyectos que desarrolla, junto a una baja percepción de sus propias necesidades personales, la llevan a agotarse frecuentemente sin apenas darse cuenta. Su baja autosensibilidad se acompaña de una gran fragilidad de su amor-propio, especialmente vulnerables ante posibles críticas hacia sus realizaciones, a pesar de ser una persona muy cualificada y reconocidamente eficaz. Cumple con su deber con empeño, aunque éste cumplimiento contravenga seriamente necesidades física ó emocionales básicas propias. Es muy sensible a las necesidades de su entorno y muy poco ante las suyas. Padece por los demás y, al contrario, muy poco por sí-misma.

¿Qué mecanismos intervienen en el padecimiento de la tensión-desasosiego?

Los mecanismos de distracción que buscan evitar el contacto con la fuente interna de las sensaciones y sentimientos penosos, actúan simultáneamente en el ámbito del comportamiento motor y de los procesos psíquicos de la perceptividad de las sensaciones y de los sentimientos. De éste modo van a alterar precozmente la capacidad de producir representaciones-afecto y representaciones-palabra, y afectar el mejor desarrollo de la mentalización, la regularidad en el trabajo mental y, en definitiva, la capacidad de metabolización psíquica de unas experiencias emocionales que van a permanecer excluidas del trabajo psíquico.

¿Qué sucede cuando permitimos a Irene llorar abiertamente su desasosiego-tensión-malestar, en compañía de una madre que la contiene desde su comprensión y la arropa

con su cuerpo y su afecto?

Que puede ligar la excitación-tensión corporal difusa, con los sentimientos de disgusto, rabia y tristeza-pesar, hasta alcanzar, por sí-misma, un estado de relajación-distensión muscular y psíquica.

De éste modo puede llorar su malestar, reconocer su naturaleza emocional y adquirir una conciencia emocional de sí diferente del objeto que, en ésta situación, ya no se acopla sistemáticamente al bebé.

La excitación-tensión queda ligada en el sistema de representación pensamiento de la madre y en el sistema de representación –llanto - afecto, del bebé.

¿Qué ha sucedido después?

En la segunda visita, una semana después, la madre me comenta que había podido permitirle llora 2 ó 3 veces a lo largo de la semana sin inquietarse y que, desde el mismo día de la consulta, la niña había dormido profundamente todas las noches, menos un par en las que se despertó una vez y después había vuelto a dormirse fácilmente.

Ahora, cuando se despierta por la mañana se queda un ratito diciéndose cosas en su camita y jugueteando sola, hasta que al cabo de un rato acaba reclamando la presencia de sus padres.

Puede permanecer tranquilamente en un mismo lugar, con ellos y sin ellos, lleva varios días sentada en una sillita cerca de ellos, en el momento de la comida, sin reclamar ser cogida y come con más ganas que antes.

La madre está durmiendo bien y la niña mayor, a la que se le había vuelto a desestabilizar el sueño, también está durmiendo bien.

El padre dice en ésta segunda sesión que la madre ha destetado a la niña.

Mi observación confirma la descripción de los padres, la niña está muy relajada y ha tolerado permanecer tranquila y juguetona en el regazo de su madre, a lo largo de treinta minutos.

Caso de Isabel.

Veamos ahora lo que le sucedió a Isabel, otra bebé de nueve meses que padeció un grave trastorno alimentario desde los 15 días de vida.

Después de un embarazo normal tanto la madre como el bebé padecieron en un parto que duró 30 horas. Los efectos de una epidural mal administrada llevaron a la madre a una pérdida de conocimiento, con encharcamiento pulmonar, que obligó a su reanimación. Después fue nuevamente anestesiada para terminar finalmente, horas mas tarde, con una cesárea.

A lo largo de la primera semana la niña tomó bien el pecho. Pero en la segunda semana, cuando ya se encontraban en casa, la niña comenzó a dormir intranquila y a

llorar por las noches, especialmente después de que su madre le diera el pecho. En esa semana y en las siguientes, la niña se mantuvo, a lo largo del día, la mayor parte del tiempo dormida en los brazos de su madre, puesto que no toleraba dormirse sin su contacto.

Al mantenerse esta conducta nocturna de mucha intranquilidad y de llanto después de su alimentación, se decidió cambiar a una leche preparada pero la rechazó por completo.

En su segunda semana de vida, a lo largo del día no lloraba y contactaba bien en los momentos en los que se mantenía despierta, en contraste con la gran intranquilidad que la niña manifestaba por la noche.

Pero en la semana siguiente también empezó a llorar a lo largo del día, sobre todo después de las tomas, sin poder ser calmada. Mientras el malestar fue creciendo a lo largo del día, la bebé intentaba permanecer la mayor parte del tiempo dormida, en una clara manifestación de hipersomnía precoz.

En las semanas siguientes la niña rechazó la cuna y sólo aceptó, para dormir, una sillita ergonómica en la que se encontraba muy recogida. En contraste con la hipersomnía diurna, el sueño no fue profundo ni durante el día ni durante la noche, por estar alterado cualitativamente.

Pasaron los días y al cabo de un mes de vida empezó a perder peso, con deposiciones líquidas. Se pensaba que los llantos podían ser cólicos del lactante, aunque la semiología que describe la madre no se ajusta bien a la de los cólicos del lactante, puesto que la niña no se calmaba al encontrarse con el pecho o el biberón y tampoco al ser acunada.

Como dijo la madre "ella quería tomar el pecho pero no podía..., y el peso y la talla bajaron de manera exagerada y la ingresaron".

Le realizaron pruebas para detectar posibles alergias y se le ofreció leche liofilizada y pecho, pero rechazaba tanto el pecho como la leche ofrecida con una jeringuilla.

Al volver a casa, comenzó con unos llantos muy intensos que llevaron a que su pediatra volviera a ingresarla para una observación más prolongada y en ese período de hospitalización fue tomando en pequeñas cantidades.

Sin embargo al volver de nuevo a casa todo fue peor y la niña rechazó con mayor fuerza, mientras sus llantos aumentaban en intensidad.

A los cinco meses de un trastorno alimentario severo, con pérdida de peso y talla, y después de múltiples y complejas pruebas clínicas, que descartaban, una y otra vez, cualquier patología física, la niña volvió a ser reingresada para seguir alimentada mediante la sonda nasogástrica. La tolerancia a la alimentación por sonda fue regular y el vómito fue haciéndose cada vez más presente. A lo largo de esa evolución, el apetito y la percepción del hambre habían desaparecido.

Analicemos ahora estas manifestaciones tempranas.

A los 15 días de vida se manifiesta un trastorno alimentario originado por un malestar psíquico que ya se encontraba presente, de forma asintomática, en la segunda semana de su nacimiento. El inicio del trastorno coincide con la vuelta a casa de una madre muy afectada por la experiencia traumática del parto que permanecerá activa, de forma latente y silenciosa, al margen de su entrega amorosa y placentera con su bebé.

La niña manifiesta muy pronto su malestar ante la separación, al no aceptar dormirse sola. Simultáneamente aparece la hipersomnia diurna y la activación de unos mecanismos psíquicos de control del malestar, mediante la desconexión de la percepción del mismo, que ceden por la noche dando paso a los despertares nocturnos con llanto que acaban, una semana después, invadiendo el día.

En las hospitalizaciones la bebé come mejor y duerme profundamente, aunque a los dos días de haber vuelto a casa vuelve a rechazar y vomitar al percibir la angustia de los padres, que se reactiva al reencontrarse solos en casa.

Al cabo de poco tiempo todos los placeres van desapareciendo tanto en el bebé como en los padres, hasta el punto de que tanto la madre como el padre acaban renunciando a las situaciones sociales lúdicas ó a las actividades personales gratificantes. El padre se encuentra especialmente angustiado y abatido, y desarrolla un comportamiento de control mecánico sobre las cantidades de alimentos que la niña ingiere, sin poder ofrecerse como apoyo libidinal y reanimador para la madre que sostiene al bebé. La pareja se encuentra literalmente replegada sobre sí-misma y su sufrimiento, sin otros intereses que los que la angustia genera entorno a la alimentación de su hija. Han dejado de ser fuentes de placer y de confianza los unos para los otros y se han convertido en vasos comunicantes de angustia que se desbordan mientras la niña que necesita sentirse disfrutada por su madre y su padre, sólo consigue sentirse la fuente del sufrimiento de aquellos.

No sólo es sostenible el hecho de que el bebé ha percibido el malestar de una madre angustiada desde la experiencia obstétrica, sino también el posible efecto diferido, hasta la segunda semana, del impacto que él experimentó en su nacimiento.

Al final de una primera semana en la que se produce una buena interacción, el bebé comienza a manifestar síntomas evidentes de un padecimiento somatopsíquico que intenta controlar a lo largo del día, mediante el contacto corporal casi permanente con la madre y una tendencia a la hipersomnia, que contrastan fuertemente con las manifestaciones nocturnas de gran malestar psíquico.

Manifestaciones que señalan la pérdida de eficacia de unos mecanismos psíquicos diurnos que buscan evitar, de manera muy activa, la percepción de sensaciones y afectos displacenteros y penosos de tensión-excitación corporal, que tienden a invadir el campo de su experiencia relacional.

Ese malestar resultará muy precozmente ligado por su psiquismo a la experiencia de su alimentación y a la presencia del alimento en su tracto digestivo, generando un

primer enlace somatopsíquico entre el malestar de origen psíquico, sentido somáticamente, y el alimento. Éste enlace, mediante el que busca establecer la causa del malestar, intenta facilitar un trabajo psíquico que rescate al bebé de su experiencia de indefensión y confusión. Ya no es ni su propio interior, afectado por una experiencia psíquica angustiada, ni la angustia materna que impacta directamente su sensibilidad receptiva, el origen impensable de su malestar, sino la estimulación endosomática producida por el aporte nutritivo.

Recomendaciones:

Después de haber analizado cuidadosamente, a lo largo de dos entrevistas, las descripciones que la madre me había ofrecido sobre la evolución del comportamiento de la bebé y de haber ofrecido a los padres una hipótesis explicativa sobre el origen del trastorno, les ofrecí unas primeras recomendaciones:

La madre debía de ir recuperando sus placeres perdidos. Debía de dedicarse tiempo en actividades ó relaciones sociales placenteras, para volver diariamente llena del placer que habría reencontrado a través de ellas. De ése modo el bebé lo percibiría y se percibiría con mayor disfrute, después de un tiempo de separación en el que habría podido echarla haberla de menos.

Ofrecí el mismo consejo al padre que se encontraba de baja, para que la recuperación del placer de vivir, acabara desplazando la angustia que experimentaban todos. La dura experiencia de estos meses los había vaciado de sus reservas de placer y de ilusión.

Respecto de la alimentación, una de mis recomendaciones fue que en ningún caso se la forzara a seguir comiendo, cuando comenzara a manifestar rechazo.

¿Cual fue la evolución de Irene en los siguientes 30 días?

Después de iniciada mi intervención, y de habersele retirado la sonda nasogástrica, la niña comenzó a tomar alimento en pequeñas cantidades, sin rechazar ni vomitar, y volvió a su capacidad de reír y disfrutar con su madre. Risas de las que, como dijo la madre, la bebé había perdido la memoria. Era la primera vez, después de muchos meses, que el disfrute volvía a la relación, aunque la alimentación tardaría aún en normalizarse.

Concluyendo:

La mayor transparencia psíquica desarrollada durante la gestación, expone a la madre a una mayor vulnerabilidad ante las experiencias de sufrimiento, derivadas de la interacción con el mundo externo ó ante aquellas, reactivadas, provenientes de su mundo infantil.

Los recursos reguladores de la homeostasis, que el psiquismo del bebé utiliza para

mantener su equilibrio ante los estímulos externos y endosomáticos, pueden quedar fragilizados en el tiempo de la gestación, del parto y de la vida post natal.

Tanto del lado de un bebé, como del lado de una madre afectada por una experiencia traumática, en el tiempo de la gestación, parto o posparto, puede transcurrir un intervalo temporal hasta su eclosión ó reactivación, que acabará afectando a la triada padre-madre-bebé.

La afectación mutua coloca a la madre y al bebé en una posición de mutua interdependencia para la regulación de la angustia. La elevación de la angustia en uno, eleva la angustia en el otro. En ésta dinámica interactiva, el padre puede producir un efecto aliviador ó agravante.

La experiencia de esta afectación mutua lleva al bebé y también a la madre que busca amparar al bebé vulnerable, a mantener una híper vigilancia angustiada sobre el estado emocional del otro, que desemboca en una perdida de los propios deseos y una dificultad para tolerar la separación. De ahí que estas madres, tan absortas por la relación con su bebé, no puedan separarse de él y pierdan las huellas de sus placeres personales y sociales.

El agotamiento de las capacidades de disfrutar de sí y del otro, desabastece de un elemento primordial para poder rescatarse de la vivencia traumática, puesto que es el mismo principio del placer, como función revitalizadora, quien ha quedado puesto en jaque.

Tanto el bebé como la madre, están expuestos a una vivencia de intrusión del malestar del otro que quiere calmar o busca ser calmado. Mientras permanece esa experiencia intrusiva, ligada tanto a la angustia que viene desde fuera, como de la que viene de adentro, bebé y mamá viven en un conflicto grave en el que se desean y se repelen, se buscan y se temen, se prestan y se sienten robados de su voluntad o intimidad individual.

En esta situación el bebé busca a la madre para calmarse y, más adelante, para calmarla, aunque su exposición al malestar compartido, aumentado por esa cercanía del contacto piel a piel, genera también un movimiento de independización muy precoz que promueve el desarrollo prematuro e inacabado de su Yo, en un tiempo en el que aún no se ha desarrollado suficientemente la diferenciación sujeto-objeto, ni tampoco la discriminación sobre el origen y la naturaleza de su malestar psíquico. Éste movimiento precoz, que conducirá al bebé a buscar una autorregulación prematuramente autónoma, lo colocará en una posición de soledad-desamparo, irrepresentable.

En ésta situación, el bebé, y posteriormente el niño, pueden desarrollar un comportamiento social sobreadaptado; mantener de manera cronificada los mecanismos de supresión de la expresividad y de la perceptividad del propio estado emocional; instalarse un fondo híper vigilante, con susto y tensión, que puede persistir de manera crónica; desarrollar una alta receptividad e hiperreactividad ante el estado

emocional angustiado ó violento del otro y una gran dificultad para utilizar el NO y manifestar sus sentimientos, por temor a un conflicto que lo exponga al rechazo y a la perdida muy angustiosa de la representación "amable" y afectivizada de sí, en la mente del otro.

Por los graves efectos que todas estas experiencias pueden producir tempranamente, considero necesaria la prevención, detección e intervención desde el tiempo de la gestación y, por supuesto, ante los primero signos de alteración psíquica y/o somática que pueda manifestar el bebé, desde que nace.

Bibliografía:

- AMEISEN J.C. (2002) "Incidences du psychisme sur les troubles somatiques graves chroniques". 5º Colloque de Pédiatrie de psychanalyse. Édition Études Freudiennes.
- ANSERMET F. y MAGISTRATI P. (2006) "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Editorial Katz.
- DEBRAY R. (1996) « Clinique de l'expression somatique ». Ed. Delachaux et Niestlé. Lausanne, Suisse.
- JOUVET M. (1998) « Le sommeil et le Rêve ».Ed. Poches Odiles Jacob. Paris.
- JOUVET M. (2000) « Pourquoi rêvons-nous ? Pourquoi dormons-nous ? ». Ed. Editions Odile Jacob. Paris.
- LARBÁN J. (2010) « El proceso autístico en el niño : Intervenciones tempranas. Revista nº 75 Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Madrid.
- PALAU P. S. (2010) "Psicósomática y autismo en el niño pequeño : interacción, afectos y audición ». Revista nº 74 Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P. S. (2009) "Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé", publicado en Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
- PALAU P.S. (2009) "El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?". Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Nº 73 de enero de 2010.
- PALAU P.S. (2007) "Factores agravantes de la diabetes infantil", publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicósomática de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
- PALAU P.S. (2007) « Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno". Revista de psicósomática y psicoterapia médica, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- PALAU P.S. (2006) "Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico". Revista de psicósomática, y de Psicoterapia médica. Nº 61 del año 2006.
- PALAU P. S. (2000) "Bebé en riesgo: mamá no nos vemos", publicado en la Revista Iberoamericana de Psicósomática en el 2000.
- MARTY P. (1992) "La psicósomática del adulto".Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- ROYANT-PAROLA S. « Les mécanismes du sommeil : rytmes et pathologie ». Ed. Le Pommier. Paris.
- ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., GEROGIEFF N., ROMAN P. (2007) « Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale » Edit. ELSEVIER-MASSON.
- RIZZOLATTI G., FOGASSI F., GALLESE V. (2001) "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives". *Nature Reviews / Neuroscience*, 2, 661-670.
- RIZZOLATTI G., ARBIB M.A (1998) "Language within our grasp", *Trend Neurosci* 21, 188-194.

- SOULÉ M. (1999) "La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie perinatales et les prémices de la psychosomatique". *Psychiatrie de l'Enfant*, XLII,1, p. 27 a 69.
- KREISLER L., (1996) "Patologías funcionales neonatales alarmantes", publicado en la *Revista Francesa de Psicopatología* nº 9 de 1996.
- KREISLER L., (1992) « Le nouvel enfant du désordre psychosomatique ». Ed. Dunod. Paris.
- KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1990) « El niño y su cuerpo ». Ed. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- SZWEC G. (1993) « La psychosomatique de l'enfant asthmatique ». Le Fil rouge. Ed. PUF. Paris.