

Capítulo 7

Entrevistas preliminares en el estudio de los trastornos psicosomáticos

Reina Cheja - Haydeé Toronchik

Pensamos el psicodiagnóstico desde Freud y sus formulaciones, en especial la de su artículo de 1937 "Construcciones en Psicoanálisis". El trabajo del analista tiene un estatuto de construcción y remite a la función de historiador. Evoca la relación que todo sujeto tiene con los comienzos de su propia historia, que solo pueden ser revelados por el discurso de su medio circundante, y por algo que está inscripto en la memoria.

La anamnesis no es solo los acontecimientos sino la historia traumática eficiente y los efectos sobre la subjetividad del niño que se conocerá mejor al terminar toda la tarea diagnóstica.

Estas primeras entrevistas constituyen el primer eslabón de un abanico que empieza a desplegarse. Cuando nosotros hacemos construcciones siempre quedarán blancos que se rellenarán en un tiempo posterior a este proceso. Hay que tolerar cierto grado de incertidumbre. Es importante no saturarlo de sentido dado que aun encontrando fuerzas positivas adecuadas que hacen imaginar un desarrollo favorable, no siempre se cumple, y viceversa.

En los relatos de los padres de niños con trastornos psicosomáticos a veces encontramos desesperanza, temor, culpa, hostilidad. Esto a menudo produce una sobreprotección del niño, creando una simbiosis inadecuada o, contrariamente, distancia afectiva.

En este proceso es posible que aparezcan indicios que enriquezcan y aclaren los datos recabados. Luego, a través del tratamiento se

evidenciará la historia ignorada, vivencial. No debemos olvidar que se realiza sobre un niño que está en desarrollo.

Enfatizaremos siempre el conocimiento y el funcionamiento del preconscious. En estos pacientes aparecen muchas alteraciones en:

1. Representaciones: cantidad, calidad, permanencia, movilidad.
2. Afectos: discriminados, indiscriminados, ausencia o confusión de los mismos.
3. Defensas: mentales, caracteriales y comportamentales.
4. Sistemas de descarga: excitación, actividad, pasividad.

Intentaremos una aproximación del niño desde lo evolutivo, dinámico, familiar y social, siendo esto una apertura a la comprensión de sus conflictos.

Consideramos tres elementos esenciales en un psicodiagnóstico:

1. Relaciones objetales.
2. Posibilidades del pensamiento (preconscious).
3. Valor de los recursos somáticos: aspectos regresivos y progresivos.

En estos pacientes, con trastornos psicosomáticos, es probable encontrar esbozos de pensamientos operatorios, sean estos transitorios o habituales que daría cuenta de una falla en el aparato psíquico (yo débil, frágil). Es importante observar si aparecen momentos de pensamiento operatorio. Cuando este es crónico, implica una falla estructural, el niño no puede alucinar un deseo y se produce un núcleo traumático. Si esto aflora en el tratamiento tempranamente habrá posibilidades de ser revertido.

Freud en "Inhibición, síntoma y angustia" refiere que en la primera infancia el objeto psíquico materno reemplaza la situación fetal. La noción de yo prematuro y más tarde la complejización del yo constituirán los procesos tempranos del bebé. Lo precoz de la expresión somática marca la primera experiencia de fragilidad del narcisismo.

En un niño bien mentalizado el yo utiliza defensas y síntomas que tienden a la elaboración; cuando estos fracasan, el yo usa ineffectivamente las defensas que se encuentran disminuidas y dan lugar a núcleos traumáticos primarios. Estos actuarían como polo de atracción en la vida adulta frente a alguna problemática particular.

Síntoma por el que se consulta, significado del mismo para los padres

Hay que indagar sobre el síntoma:

- En la historia y el momento de la aparición, su evolución, estudios y tratamientos realizados.
- Significado subjetivo que tiene para cada uno de los padres.
- Repercusión en la historia de los padres y la familia.
- Por ejemplo, en la consulta por la hija asmática, una madre recordó con angustia que su hermana fue también asmática. Por un lado, evocaba situaciones infantiles vividas y, por el otro, identificaba a la niña con su hermana. Ubicado esto, se puede discriminar y reubicar roles familiares actuales.
- Cuál fue el estado emocional en la lactancia y si estos denotaban signos de depresión que pueden aparecer como retraso en la vocalización, motricidad, llanto excesivo, apnea, problemas del sueño, entre otros.

La reversibilidad de esta patología es posible con intervenciones que apunten a modificar los vínculos; especialmente en los niños. La depresión primaria es la matriz de la depresión esencial. El lactante entra en depresión luego de un período de angustia ansiosa.

El dolor es la primera experiencia del sufrimiento humano, índice del instinto de conservación, es la señal del riesgo somático, interno como externo, es señal como la angustia lo es para el sufrimiento psíquico. La succión y el balanceo pueden aliviar el sufrimiento (poder inhibitorio de los medios autoeróticos).

Marty, Fain y Soule en su libro *El cuerpo* hablan de precursores de la patología psicosomática en el lactante, que aparece como un "llanto ininterrumpido" que puede calmarse con el acunamiento. Hemos observado que el llanto ininterrumpido suele estar relacionado con la depresión materna. Se hace necesario detectar y tratar la depresión materna, tarea que corresponde en primera instancia al pediatra como agente de salud.

"En los orígenes del psiquismo a partir del encuentro inaugural, encuentro sustentado en el desamparo, signado por lo anticipatorio y una asimetría fundante, el *infans* habrá de sumergirse invariablemente en un universo que lo ha preexistido y preinvestido" (Aulagnier, P., 1975).

Coincidimos con que en el primer sorbo de leche el niño ingiere un pedazo de madre hecho de afecto y significaciones. El niño metabolizará el placer o displacer de este encuentro en forma de representación.

S. Bleichmar (2005), dice: "La experiencia de placer no solo es condición de supervivencia biológica sino que constituye la vía necesaria para la investidura de la actividad de representación".

En el tratamiento psicosomático frecuentemente nos encontramos con patologías de carencias y desvalimientos; estas patologías originarias dan cuenta de fallas tempranas o traumas en la estructuración del psiquismo. No fueron objeto de un trabajo de ligadura y elaboración.

Distinguiremos tres campos esenciales en la economía psicosomática individual (Marty, 1995):

1. Psíquico.
2. Actividad comportamental (motriz).
3. Somática.

La somatización se presenta en dos polos: desorganización progresiva y regresión somática. Entre ambos existen formas intermedias. La desorganización progresiva da lugar a enfermedades graves, frecuentemente mortales. Decir que en los primeros meses no hay vínculo no es lo mismo que decir que no hay inscripción psíquica. Sobre la cría indefensa y prematura, el adulto que se hace cargo, en el mejor de los casos, es alguien provisto de inconsciente, que ha reprimido su sexualidad infantil autoerótica y conserva un cúmulo de deseo que lo aproxima al cuerpo del otro como cuerpo de amor y deseo.

L. Kreisler, al referirse a las cefaleas en la infancia dice que generalmente aparecen alrededor de los 5 años, en el período de latencia y proceden en la mayoría de los casos por la supresión de fantasías edípicas mal reprimidas.

Núcleos básicos en la observación del recién nacido

1. Sensitivo receptivo.
2. Vigilancia perceptiva. Niños sensibles o despiertos.
3. Tono muscular (hipo o hiperactivo).
4. Activos y pasivos.
5. Le apetecen los afectos, relación con los humanos, humor de base.

Anamnesis

Cuando tomamos una historia clínica no solo recabaremos datos anamnésicos, sino que escucharemos las asociaciones, los estados afectivos de los padres y la forma en que tramitan sus emociones. La consulta constituye generalmente una herida narcisista en los padres, de ahí el cuidado que debe tener el terapeuta en el manejo de esta relación, y observar el funcionamiento del aparato mental de los padres.

Lo ejemplificaremos con el discurso de un padre al relatar las crisis frecuentes de su hija (brotes de eczema). Se refería solo a su patología, medicación, estudios complementarios, es decir, como si fuera una niña cuyo cuerpo se encontraba desinvestido. Era toda y solo eczema. No podía relacionar acontecimientos anteriores, solo tomaba el tiempo presente como si el pasado no existiera. La historia de la niña no aparecía en el discurso del padre más que como una historia clínica médica...

Al retomar la anamnesis, nos proponemos recabar datos cronológicos más allá de los datos habituales enfatizamos cierto aspectos, como por ejemplo si apareció la angustia del octavo mes o angustias difusas. Lo extraño, lo que no es su madre, no es en sí lo peligroso, es la pérdida de la imagen investida de la madre deseada. El deseo se transforma en angustia. Esta angustia se relaciona con el segundo organizador de Spitz (angustia del octavo mes). Al principio, esta conducta sin angustia no significa que el niño solo conozca "objetos buenos". En el período anterior al segundo organizador, el yo, todavía muy rudimentario, sin embargo distingue el "objeto malo" que rehúsa satisfacer sus necesidades. Spitz usa el término de "preobjeto" porque recién después del segundo organizador se puede hablar de objeto. En aquel momento los objetos "buenos y malos" se fusionan y constituyen el objeto libidinal propiamente dicho, es decir, una madre única. Sobre todo, es su rostro el reconocido como único, y -el hecho de ser único- nos es señalado por la aparición de la angustia del octavo mes.

Esta organización se inicia con la fantasía de la pérdida de la madre cuando irrumpe la figura del extraño. Para que esto ocurra es necesario que el objeto madre se haya diferenciado y que el yo sea capaz de establecer ligaduras que le posibiliten pensar un objeto fuera de él. Es decir, de un yo capaz de establecer representaciones de cierta duración y, de esta manera, de hacer ligaduras y deshacerlas.

El bebé asocia los gritos de demanda con la consiguiente saciedad. Estas huellas se ligan con el afecto placentero o displacentero. Estas se reactivan entre el cuarto y sexto mes y aparecen conductas de temor y de retracción o huida. Es temor, no es angustia. La angustia propiamente dicha tiene lugar ante lo desconocido, es decir, algo que no estuvo relacionado con la experiencia de displacer.

El rostro del extraño no corresponde con las huellas mnémicas de su madre, es una percepción distinta que debe ser expulsada. Esta capacidad que el niño expresa al desplazar las investiduras es la señal que se estableció y una verdadera relación de objeto. La angustia ante el extraño da cuenta de la construcción del yo que trae múltiples consecuencias. Cuando la madre tiene una actitud sobreprotectora, ansiosa, sustrae al niño de atravesar el momento de la angustia ante el extraño bloqueando así su desarrollo evolutivo; de esa manera se aplasta el conflicto, jugando un papel desorganizador en el yo, bloquea el hecho de vivir su ausencia y de encontrar un extraño (Szwec, 2012). Lo no vivido de la ausencia del objeto compromete la proyección, lo que impide, por ejemplo, la constitución de una fobia, en lugar de la proyección se dan mecanismos más arcaicos de expulsión, por ejemplo, crisis de rabia furiosa.

Según A. Green (1990[1994]), la situación triangular niño-madre-no madre es la primera triangulación del modelo originario del complejo de Edipo y el punto de partida de la constitución de fantasías. A menudo en los niños psicósomáticos que no apareció la angustia del octavo mes, se nota luego en la falta de angustia al iniciar el vínculo con el terapeuta. No desestimamos la importancia de la inclusión del padre en sostener esta relación que bien podría ser un primer "no madre".

¿De qué manera los padres invistieron afectivamente o no a este bebé durante este período? La cualidad de la narcisización por parte de la madre, las identificaciones y proyecciones de cómo será ese hijo, son determinantes del futuro vínculo. Vicisitudes del vínculo madre-hijo, relación y características de uno con el otro, por ejemplo, el caso de un bebé muy activo y una madre pasiva puede ser el semillero de dificultades en el establecimiento del vínculo. Otras veces, el ideal de los padres si el niño no responde a sus ilusiones, puede ser conflictivo.

Durante el desarrollo de la historia clínica, indagamos ritmos de sueño y alimentación: alteraciones del sueño: insomnio. Pesadillas, sueños crudos, sonambulismo. La astenia coincidiría con el insomnio ya que puede ser causa de la fatiga. Hay que observar con interés la

aparición de esta y las modificaciones del humor, apatía o hiperactividad, agitación, repliegue o aislamiento. Los problemas de sueño nos llevan a revisar las condiciones reales en que el niño duerme, ruidos, alteración de los horarios, conducta familiar inadecuada.

La no resolución de la simbiosis madre-niño trae aparejado dificultades de separación, por ejemplo, la inclusión en el jardín de infantes.

Otro aspecto importante es las características del juego de los niños: tomar el aspecto evolutivo. Diferenciar entre juego verdadero, creativo con fantasías (sublimación) del juego monótono y evacuativo.

También, el desenvolvimiento motriz (motricidad fina y gruesa), manejo de la agresividad contra los otros o contra sí mismo.

Es frecuente encontrar en estos niños conductas de sobreadaptación, con ideales personales o familiares muy exigentes. El sentimiento inconsciente de culpa propicia el enfermar.

Ilustraremos con algunos ejemplos de nuestra clínica.

La madre de Pedro comenta que el embarazo fue casual. De bebé le resultaba muy difícil sostenerlo, temía que se le cayera y por eso lo levantaba poco. De su relato se evidencia que encubría una depresión (muerte de su padre) que disimulaba con hiperactividad e ideales exagerados. No se registró en el niño la angustia del octavo mes. A los 3 años se mudan, muere su abuela y el niño hace su primer ataque de asma. En la familia no se habla de estas pérdidas, cambios de barrio, de amistades, etcétera. El relato de la madre es de tipo fáctico, una historia vacía de afectos. Actualmente el niño de 9 años persiste en sus ataques de asma con mayor virulencia. Es un buen alumno y muy exigente con su rendimiento.

Es importante en la anamnesis investigar los períodos sensibles del niño a fin de ver cómo organiza sus investiduras con el medio y consigo mismo. En el ejemplo citado vemos cómo mudanza-muerte se opacan con su primer brote de asma.

Otros ítems a considerar:

- Sexualidad. Estudiar el manejo de sobreexcitación, masturbación, juegos sexuales etcétera. Relación con su identidad sexual. Fantasías, conocimientos y teorías sexuales; manejo familiar de estos conocimientos. Es conocida la relación entre la cohabitación y la enuresis.

- **Expresión de los afectos:** muchas veces estos niños no registran los sentimientos penosos, desconocen las situaciones dolorosas sin mostrar los sentimientos correspondientes.

Un niño de 9 años con frecuentes dolores abdominales relata un episodio donde su madre es descubierta robando en una tienda, la intervención policial y sus consecuencias fueron relatadas sin expresión afectiva. La precariedad real en la que vivía evidenciaba la pobreza simbólica en la que se perdía. Eran de tal magnitud y tan evidentes, para el observador, sus padecimientos que fue derivado por el gastroenterólogo. Las manifestaciones somáticas estaban totalmente disociadas de las situaciones traumáticas que atravesaba, no había nexo ni sostén; el único recurso que tenía el sujeto para ser alojado eran esos terribles dolores.

Se debe considerar:

- La relación con el cuerpo, si lo cuida o no, si tiene un manejo corporal adecuado o si se preocupa excesivamente por él.
- Mecanismos autocalmantes (sensorio motrices): si el niño utiliza estos mecanismos le permite manejar la angustia difusa que produce la aparición de la pulsión. Por ejemplo, observamos a un niño durante un largo tiempo que jugaba solo tirando una pelota contra la pared sin expresar, ni hablar, ni conectarse con otros niños, era solo descarga.

Muchas veces, los padres piden consejo sobre la conducta externa del niño sin comprender las condiciones emocionales del mismo.

El proceder clínico tiene como base precisar la naturaleza del trastorno mediante un riguroso análisis semiológico tomando en consideración las variaciones clínicas de los síntomas, su concordancia con el momento evolutivo y las circunstancias actuales. Por ejemplo, si consultan por un problema de sueño hay que ver si constituye una falla en la función onírica, por insomnio o terror nocturno, por pesadillas, o por angustia. Hay que indagar bien qué ocurre durante el día. El terror nocturno se da a partir de los 3 años así como el sonambulismo esta entre los 7 y los 12 años, en la pubertad, en general, desaparece. El terror nocturno ocurre en período edípico y aminora a medida que el niño crece. Entonces hay que ver primero si es un ataque de angustia, si se inicia o termina bruscamente; segundo, si se ve al niño espantado.

tercero, si hay un acompañamiento psicósomático (con fenómenos neurovegetativos, por ejemplo, sudoración, taquicardia, taquipnea), cuarto, si hay o no conciencia de la realidad exterior y, quinto, si al despertar no recuerda lo que ocurrió. Esto da cuenta de la expresión de un conflicto interno no resuelto. Es una falla en la elaboración de la angustia.

Otras veces aparecen manifestaciones autoagresivas que se dan en situaciones de grave carencia. Estos niños no tuvieron la posibilidad de dirigir a un mismo objeto las pulsiones libidinales y agresivas, lo que es indispensable para que se fusionen. Cuando el niño está traumatizado por vivir en un ámbito contradictorio o por privación, sufre masivamente. La libido no puede alcanzar la plenitud más que en la respuesta a los suministros maternos. Solo el fin de estas intensas frustraciones puede calmar esta clase de autoagresión, destructiva y desorganizante.