Algunos hallazgos diagnósticos en los niños con potencialidad o con enfermedad psicosomática instalada

Federico R. Urman

Tal vez fue amasado con sangre
el triste pan de la victoria
Pablo Neruda, Exilios

... el acto inconsciente tiene una acción plástica intensa sobre los procesos somáticos como la tiene el acto consciente... el inconsciente es la mediación correcta entre los corporal y lo espiritual, quizás el "missing-link" que ha faltado tanto tiempo.
Sigmund Freud, carta a Groddeck del 5 de junio de 1917.

INTRODUCCION

Cuando F. Deutsch (1950) sintetiza, en un artículo, los trabajos psicoanalíticos que sobre medicina psicosomática se han publicado a lo largo de una década, encuentra sólo una decena de trabajos. Dos de ellos son propuestas e investigaciones de psicoanalistas argentinos.

Medio siglo después el panorama ha variado sustancialmente.

En los dos últimos años se han realizado dos encuentros entre los departamentos de niñez y de psicosomática de A.P.A. También APDEBA cuenta con un área clínica de psicosomática, y el último número de la revista *Psicoanálisis* ha estado dedicado centralmente a este tema. Otras instituciones psicoanalíticas, en Buenos Aires, publican trabajos sobre psicosomática y algunas también cuentan con áreas asistenciales y/o de investigación y docencia que se especializan en esta problemática.

Más allá de esta profusión de prácticas, orientaciones teóricas y seminarios sobre este campo, aún hay mucho para comprender, debatir y sintetizar.

Pero para aquellos que, como yo, pensamos que el psicoanálisis es, sobre todo, una clínica, notamos con sorpresa y pesar que no hay tantos libros o artículos que desplieguen las inquietudes, interrogantes, propuestas y experiencias con estos pacientes. Me refiero al material clínico empírico y a las hipótesis que se infieren o aplican a éste, a la técnica que empleamos y qué parámetros clásicos debiéramos mantener o modificar; a evaluar qué intervenciones han resultado terapéuticas, cuales han sido indiferentes y cuáles han resultado iatrogénicas, etc.

Me pareció que podría resultar de algún interés exponer, acotadamente, algo de mi experiencia con niños con predisposición a la patología psicosomática o con síntomas psicosomáticos ya instalados, y del cotejo de mis impresiones con la de algunos colegas que han escrito sobre esta clínica.

Para delimitar este trabajo me pareció oportuno referirme a los primeros contactos que tenemos con estos niños y sus padres, es decir, a las características que tienen las entrevistas diagnósticas que mantenemos con los padres y las que registramos en las horas de juego con el niño.

Me parece oportuno incluir de inmediato un tema polémico en esta clínica y aclarar cuál es, en este momento al menos, mi posición personal en este punto. Me refiero al controvertido tema de la existencia o no de una organización psicosomática peculiar, delimitable y diferenciable de otras formaciones clínicas. O, para tomar el interrogante de L. Peskin (1999): ¿fenómeno o estructura?

Como otros analistas de orientación lacaniana, defiende la idea del carácter transestructural del fenómeno psicosomático, que puede insertarse en cualquier entidad clínica (neurosis, per-

versión, psicosis). Pero luego, al acercarse a la clínica, acepta que no se excluye la estructura y que puede haber un borde entre el fenómeno y la estructura.

He tenido un interés personal en investigar primero a los niños con padecimientos psicosomáticos –fuera o no el motivo manifiesto por el que sus padres consultaron– y lo extendí luego a otros niños a los que consideré fuertemente predispuestos a tener, a partir de una situación traumática desencadenante, esos síntomas. Como algunos niños no podían diagnosticarse como neuróticos de transferencia porque aún no habían alcanzado la latencia y como otros latentes psicosomáticos mantenían su egosintonía a pesar del retorno de lo defendido, me pregunté si no se trataría en realidad de caracteres, de tipos o personalidades –idea sorprendente, considerando que su constitución subjetiva aún no se ha completado– que se descompensarían dando lugar a las expresiones psicosomáticas.

Las observaciones clínicas acerca del medio familiar en que estos niños crecen y en donde se genera la etiopatogenia de sus síntomas han sido ratificadas y ampliadas por los aportes de otros psicoanalistas. Las regularidades encontradas y los elementos intra e intersubjetivos que aparecen como típicas y esperables conjunciones constantes, trascienden los inevitables matices singulares y sugieren específicas alteraciones del Yo. H. García (2000) supone que estas personalidades psicosomáticas serían una forma particular de la personalidad esquizoide. Yo sospecho que sólo la fachada es esquizoide, porque la problemática de base es depresiva. Me acerco, de este modo, a los conceptos de D. Liberman (1971, 1982), que habla de una persona infantil, con lírica visceral y discurso obsesivo.

Me encontré con latentes precoces y polimorfos frustros, cuyo principio de realidad (S. Freud, 1911), lejos de ser la prolongación del principio del placer, representaba la realidad de los ideales críticos de sus padres y de la cultura, y que aplastaba y empobrecía su capacidad de goce. Son “los que triunfan al fracasar” (F. Urman, 1983). El éxito escolar compulsivo era una ofrenda al ideal que ancla patológicamente a un Yo alterado a un contexto demandante y exigente. Fracasa en integrar y recuperar al Yo corporal, a su base psicosomática. *“Dame el ‘sobresaliente’ de cada día, más librame de todo sentimiento”* sería la plegaria de su complacencia masoquista. Están cerca del tipo

libidinal freudiano erótico-obsesivo y padecen de un estrabismo externo psicológico: atienden a los estímulos externos, pero descuidan o desprecian percibir qué sienten o cómo se sienten.

El punto de fijación de esta caracteropatía estaría entre la salida de la oralidad y el comienzo de la analidad, de ahí su cercanía con las psicosis y con las neurosis impulsivas. Predominan las relaciones narcisistas de objeto y los vínculos diádicos, en donde el otro es el semejante, ya sea que repique su alterado Yo o que remita al severo y temprano ideal crítico, formado inicialmente en base a las experiencias patógenas con su madre. Estas experiencias pueden ser encubiertas y elaboradas por las escenas edípicas, sustituyéndose entonces la angustia automática y por pérdida del amor del objeto –que son predominantes– por la angustia de castración y sus equivalentes.

Incluyo a la enfermedad psicosomática en una categoría más amplia, la de patología narcisista no psicótica, que abarcaría también a las neurosis impulsivas (afines a los caracteres antisociales de Winnicott), la predisposición a las perversiones, los borderline, ciertas caracteropatías narcisistas de "difícil diagnóstico" (M. T. Cena y col.), etc.[1]

La respuesta órganovegetativa (psicosomática) se produce ante conflictos agudos que sobrepasan la capacidad elaborativa y no puede ser simbólicamente tramitada por un Yo traumáticamente vulnerado. Puede darse bajo la forma de episodios aislados coyunturales ante cambios disrruptivos –éste es el lugar que tienen, para mí, los fenómenos psicosomáticos– o puede ser la respuesta facilitada y privilegiada ante fallas estructurales que predisponen a este tipo de descarga evacuativa somática. En estos últimos casos hablo de una tendencia caracterial a la descarga tensional que, al no encontrar caminos preconscientes, fracasa en la tarea de figurar, representar y significar estas experiencias, o en incorporar a un guión imaginativo el grano de arena del acontecimiento traumático, por lo que no deviene una perla simbolizada, para usar la bella metáfora de C. Janin (1995), que alude a cómo la histeria conversiva recubre la neurosis de angustia en Freud.

---

[1] Categoría correlacionable con lo que P. Aulagnier (1983) caracteriza como potencialidad persecutoria, y que incluye ciertas formas de somatización, toxicomanías y conductas adictivas o relaciones pasionales.

Concuerdo entonces con aquellos que plantean que lo específico de la enfermedad psicosomática pasa por las vías de formación de los síntomas más que por sus síntomas clínicos directos aislados, que a veces pueden ser ambiguos (por ejemplo: la enuresis).

¿Cómo se instalaron estas carencias libidinales pregenitales que impiden que las magnitudes de excitación (tensión sexual somática, montantes de afecto) puedan ser ligadas psíquicamente y descargadas a través de acciones específicas?

Antes de intentar responder a este interrogante me referiré a otro tema polémico y que refleja los puntos oscuros y controversiales que rodean a esta clínica. Me refiero a la denominación de la afección.

Algunos autores hablan de esta patología usando distintas denominaciones. Por ejemplo, J. McDougall (1989) habla indistintamente de personalidad, estado, manifestación, respuesta o fenómenos, que integran episodios de actuación, dentro de lo que denomina actos-síntomas. Otros prefieren una denominación más específica. R. M. Goldstein de Vainstoc (1998), basada en la teoría lacaniana, habla de gozar somático. Desde 1986 J. A. Miller habla de fenómeno para aludir a lo que Lacan, en 1975, expresaba como enigma escrito en el cuerpo. Entre nosotros, J. E. Fischbein (1998,1999, 2000) habla de acontecimiento somático, para acentuar la acción sobre el cuerpo, ante la inhibición, ausencia o fracaso en el funcionamiento psíquico y la producción de índices o elementos sígnicos, de un texto ausente que el terapeuta debe enunciar y construir.

Pero la denominación que predomina parece ser la de trastorno, usada por muchos analistas como S. Bleichmar, R. Rodulfo, M. Waserman, M. L. Pelento, etc. Pero esa noción suele tener un alcance limitado por su aplicación fenoménica o descriptiva para señalar perturbaciones. Por ese prefiero usar síntoma que, además del aspecto descriptivo supone una solución de compromiso que reúne elementos heterogéneos. La polémica, como en el análisis de S. Bleichmar (1993) habría que llevarla hacia caracterizaciones metapsicológicas.

LAS ENTREVISTAS DIAGNOSTICAS CON LOS PADRES

Ya sea con fines preventivos o por razones terapéuticas tomamos contacto con el niño y sus padres. Suelo tomar tres entrevistas a los padres y tres horas de juego al niño. En la última hora de juego y en la última entrevista a los padres les hago un comentario acerca de mis reflexiones sobre lo que me han expuesto.

El material producido es el emergente del diálogo que sostenemos en la experiencia enmarcada en el setting que ofrezco y que tiene pautas explícitas e implícitas. Los elementos diagnósticos devienen, así, como resultado de estos vínculos y de la acción de variables que sobredeterminan su producción.

Estamos interesados por saber cuál es la respuesta de estos padres frente al sufrimiento psíquico o físico del hijo y lo primero que nos llama la atención es la indiferencia o poca sensibilidad en ese sentido. Muchas veces incluso no incluyen enfermedades psicosomáticas que los niños tienen entre los motivos de consulta y éstas aparecen a través de un comentario casual de algún padre, o del mismo niño o como respuesta a una pregunta que hace el entrevistador. Esta misma falta de conciencia de enfermedad la encontraremos después en el niño.

Percibimos un grupo familiar endogámico, que funciona pragmáticamente y que aplica mecánicamente normativas a las que se adosan sin asimilar. Mantienen mitos familiares que preservan fuera de todo cuestionamiento, pues remover una pieza del mismo los expondría al derrumbe de una homeostasis rígida y precariamente sostenida (pacto denegativo de R. Kaës). Hay conflictos familiares encubiertos en los que el hijo oficia de mediador.

Los intercambios son pobres emocional y metafóricamente.

Desestiman las crisis vitales y no advierten que pueden ser contemporáneas con la eclosión o intensificación de los síntomas psicosomáticos.

Es significativa su incapacidad para elaborar duelos, dificultad que se suele advertir también en los abuelos del niño. Por ello se habla de duelos transgeneracionales congelados, relacionados con migraciones, mudanzas, separaciones de grupos familiares. Cuando el niño atraviesa un duelo sus padres no pueden tenderle la red de palabras y la cercanía emocional –“acompañarlo en el sentimiento”– que requiere para tramitarlo. Como dice una can-

ción: *"Quisiera llorar, pero en mi país está prohibida la tristeza"*. Eso hace a estos niños especialmente vulnerables frente a los cambios disruptivos. Esta es la herencia psicoanalíticamente significativa, que los padres –y muchos colegas médicos– sustituyen gustosamente por una causación biológica, genética.[2]

La familia del psicosomático no favorece la diferenciación entre sus miembros y rechaza toda expresión intra o intersubjetiva de alteridad. Se desdibujan las asimetrías y las diferencias generacionales. Las tensiones generadas en conflictos y crisis vitales sólo encuentran, en el niño, disponibles las vías órgano-vegetativas. A través de sus síntomas parece expresar que pertenecer al clan materno no siempre tiene sus privilegios. Lucha ambivalentemente el hijo para resolver una paradoja afín a la de Groucho Marx, que decía que él nunca sería socio de un club que lo tuviera a él como socio.

La indefensión y vulnerabilidad del niño son aspectos disociados que los padres –también el niño– se encargan de ocultar. Estos aspectos latentes están encubiertos y desplazados por sus logros, capacidades y habilidades. El padre de un niño de 6 años se vanagloriaba que pudiera superar, en muchas cosas, a un hermano dos años mayor. Comentó luego que en otra oportunidad este niño había recorrido en varias direcciones la pileta de natación del club, exhibiendo su inagotable energía. De pronto, en la mitad de la pileta, comenzó a agitar sus brazos con desesperación. Las veces que conseguía sacar la cabeza fuera del agua gritaba: *"¡Papucho!"*. El padre se tiró y lo rescató. De este relato enfatizó cómo le sorprendían y molestaban este tipo de reclamos, que consideraba como exageradamente dependientes.

Estas fallas empáticas eran aún más evidentes en la madre. En

---

[2] D. Winnicott (1941) comentaba que era natural, para una madre, suponer que si ella y su propia madre eran asmáticas también su hijita debía serlo. Observó a la bebé, de 7 meses, notando su precoz conexión con la realidad externa y su especial cuidado por controlar el medio ambiente. Cuidaba no enfadar, con sus deseos, a su madre, y de no ser rechazada por un temprano y severo Superyó. La crisis asmática se presentó cuando, impulsada a tomar un bajalenguas metálico que llamaba su atención, vaciló, pues temía la desaprobación materna. El acceso desapareció cuando recuperó su confianza (no había destruido a su madre interna ni su mamá había reaccionado vengativamente).
Aunque, como todo síntoma, puede denunciar fallas en la organización familiar o evidenciar necesidades insatisfechas, estos padres alejan toda culpa y responsabilidad aseverando que es el más allá del vínculo lo que enferma: los genes, el polen, el frío, la humedad, el chocolate, etc.

una oportunidad en que hablaban del posible alejamiento de la mucama, que era emocionalmente significativa para el niño, éste comenzó con jadeos asmatiformes (el asma, que no había sido incluido inicialmente como motivo de consulta, se presentaba con este comentario). La madre entonces le dijo: *"Mirá Juan, ya conozco tus manejos, así que conmigo no te vengas a hacer el gatito"*.

Los padres fomentan su seudomadurez e independencia reactiva, y no pueden significar y cualificar sus descargas órgano-vegetativas. Tienen simultáneamente una mezcla de hipolibidización (distancia, retracción, poco contacto corporal erótico, desvalorización de las expresiones afectivas) y de sobre-estimulación, como cuando invaden al niño con sus angustias y exigencias o cuando lo saturan de información que vulnera sus necesidades y capacidades elaborativas. Este clima traumático y desorganizante contribuye a estimular una huida hacia delante y, a partir del naufragio del complejo de Edipo, hacia la sublimación. Con R. Avenburg (1982) considero a la sublimación como una expresión tanática y masoquista, y como la contrapartida del acto creador. El Yo es seducido y engañado por el ideal tiránico: no siempre el trabajo nos libera.

Las fantasías de curación de estos padres suponen el emparchamiento cosmético de sus sensaciones de despersonalización y de extrañamiento corporal, o la extracción psíquica de la somatización o del motivo de consulta. También el refuerzo caracterológico para preservar o aumentar sus rendimientos y responsabilidades.

Los controles obsesivos y las prevenciones fóbicas familiares pueden contribuir a impedir que el niño descargue en la acción su angustia difusa o su tensión.

Son padres que sienten la profesionalización, la eficacia y el éxito material como valores absolutos incuestionables. La madre es susceptible, ansiosa ante los posibles errores en la crianza, con poca capacidad de reverie. Depresivas manifiesta o latentemente, infantiles en muchas de sus reacciones y demandas, estimulan al hijo mientras está indiscriminado y parece cumplir sus expectativas, pero es abandonado, deprivado, destetado traumáticamente o rechazado cuando muestra actitudes independientes y diferenciadas. Siendo el vínculo ambivalente, temen ser absorbidas o devoradas por los requerimientos del hijo. Inconscientes del

odio que le despierta la separabilidad del *infans*, le transmiten que sólo podría quererlo si no necesitara que ella lo quisiera. Estimula así una autosuficiencia reactiva y una disociación precoz de sus sensaciones corporales y sentimientos.

Mientras satisface sus instintos de autoconsevación le demanda que no demande, por lo que el niño, intensamente dependiente, debe renunciar a su base instintiva, en los momentos en que está comenzando a organizar su Yo corporal, ineludiblemente psicosomático, y cuyo primer autorretrato es el círculo cerrado que dibuja el niño que va dejando atrás los trazos garabateados.

Para autonominarse, en esta etapa, el niño necesita una mirada materna que *sostenga* y *avale* esos movimientos exploratorios. Pero el *infans*, como en la observación de Winnicott, tiene que inhibir sus gestos espontáneos e interpretar, a su vez, los gestos de la madre, como los del ceño fruncido de su rostro. Estos niños transformarán luego la preocupación por el clima emocional en la preocupación por el clima físico, como es típico en los depresivos, y en la autoimposición de un *"a mal tiempo, buena cara"*.[3]

La madre de estos pacientes, de acuerdo a los planteos de Winnicott, falla en presentarle al niño su cuerpo erógeno y sus vivencias emocionales, para que éste encuentre cómo se siente y registre sus emociones y pueda representarlas. En su lugar imponen al niño su propia presencia y la de sus penosas circunstancias, otorgándole un lugar de objeto transicional patológico: el hijo como ansiolítico y antidepresivo materno.

Las señales maternas, ambiguas y contradictorias, no le sirven para construir la angustia señal ni esquemas que anticipen las situaciones amenazantes. No ha podido la madre funcionar como una barrera protectora antiestímulo y el hijo no logra construir una criba protectora equivalente. Como la diferencia no es tolerada, y ésta es otra de las realidades a la que el niño se adapta precozmente, no desarrollan la angustia del octavo mes, ante el extraño, pues mantiene la premisa de la omnipresencia del rostro de la madre. Si todos, y él mismo también, son la madre, siempre está "en familia". Por eso aparecen en estas entrevistas referen-

[3] El conflicto se produciría en el pasaje de lo que P. Aulagnier llama cuerpo sensorial que pictografía el cuerpo relacional (P. Aulagnier, 1986), que cuenta con la capacidad psíquica para representarlo y percatarse de los discursos, propios y ajenos, que le señalan un lugar en el espacio familiar, ante todo materno.

cias a la sociabilidad del niño y a la facilidad con la que se separa de la madre, por ejemplo, cuando comienza el jardín, como experiencias que los padres requieren y valoran.

Aunque los ven frágiles, estas madres ambivalentes los exponen a situaciones de riesgo. Los niños incorporan y transforman en mandatos esas vivencias, considerándose como invulnerables o infalibles, capaces de enfrentar y superar las pruebas más difíciles.

Estas vivencias masoquistas, que debieran diferenciarse de las conductas contrafóbicas –que procuran sobreponerse a la angustia que le despiertan situaciones de *riesgo que reconocen como tales*– están basadas en los componentes autodestructivos libres y en la presencia de una imago materna odiante que desea su muerte. Por eso pueden aparecer episodios traumatofílicos. Desde choques con las paredes, en una deambulación precoz, sin dolor ni angustia, hasta accidentes serios. Otras autoagresiones físicas son rascarse compulsivamente escaras o costras que recubren heridas o resultan de la evolución de eczemas, arrancarse cabellos o pestañas, prestarse complacientemente a pruebas o exámenes médicos dolorosos, etc. Como neurotización agregada aparece luego el ser castigado por un prohibido placer masturbatorio inconsciente que se asocia a algunas de estas prácticas o somatizaciones.

En esta etapa de mutua y conflictiva dependencia madre-hijo, y en los pasos inmediatos que llevarían a su superación, el padre no está presente ni como respaldo externo y capaz de separar la relación simbiótica, ni como persona deseada sexualmente y valorizada por la madre, ni como agente normatizante interno en ella, quien suele carecer, además, de una imago materna "suficientemente buena". El padre es una prolongación de la madre, y convalida o acepta calladamente sus directivas.

Freud habló del carácter asocial de las neurosis, pues apartan al paciente, de un modo u otro, de la realidad cultural. Estos pacientes constituyen la excepción de la regla. Su caracteropatía como en el análisis del presidente Wilson, se ajusta a las demandas de este tiempo. Su adaptación social es, desde los estándares de los ideales familiares y sociales, adecuada y valiosa. Nosotros observamos una sobreadaptación compulsiva y patológica. La moneda valorada –o, tal vez, sobrevalorada fetichísticamente– es la utilidad y el rendimiento (cf. S. Freud, 1911). El medio en

donde esta inserción se hace especialmente evidente, y los padres lo mencionan con orgullo en las entrevistas diagnósticas, es la escuela.

La principal fuente de autoestima de estos pacientes, durante la latencia, son los éxitos escolares. Colaboran solícita y activamente con los maestros. Se destacan gracias a su comportamiento juicioso, su desarrollo intelectual precoz, su generosidad reactiva –más cercana al carácter anal que a la problemática melancólica– y al despliegue de una capacidad empática focalizada. Hablan en actos escolares, son escoltas o abanderados, representan a su colegio en torneos de ajedrez o en olimpíadas matemáticas, etc. La somatización es, para ellos, una presencia vergonzante, como si una mancha de tinta estropeara un cuaderno impecable.

Aunque pasaron más de diez años antes que, además de estos niños destacados, aparecieran en mi consultorio niños con una vida imaginativa pobre y con rígidas y desvitalizadas construcciones intelectuales, cercanas al pensamiento operatorio, pude comprobar que aun estos niños más limitados son bien recibidos por los maestros, en función de su docilidad, pasiva complacencia y capacidad de ser modelados, adiestrados o adoctrinados de acuerdo a los parámetros del docente.

Esta capacidad disimula y transforma en rendimiento virtuoso su grave problemática. Como decía M. E. Walsh: *"No es lo mismo ser profundo que haberse venido abajo"*. Una inserción de esta naturaleza era lúcidamente examinada por un paciente adulto que tiene importantes corrientes psicosomáticas: *"Cuando empecé la escuela estaba desorientado. La amplitud del patio me asustaba; los chicos corriendo de un lado a otro, me aterraban: temía que me golpearan, que me cargaran. Me sentía confundido y extremadamente avergonzado frente a los maestros. Era todo un gran lío. Hasta que, de pronto, comprendí cuáles eran las reglas del juego, qué esperaban de mí los maestros y los compañeros. A partir de ese momento no hubo más problemas. Todos los meses era, simultáneamente, el mejor promedio del grado y el mejor compañero, que era votado por los mismos chicos. En el último año de la escuela fui, además, el chico que era nombrado el presidente de la Cruz Roja de la escuela y el director de un periódico que se imprimía, para ser distribuido entre los chicos y los maestros"*. [4]

Realizan prácticas deportivas –y algunos se destacan en ellas– como resultado de un entrenamiento (auto)impuesto. Hay mucho de *game*: están satisfechos con su resistencia física, con sus movimientos eficaces y adecuados, de la limpieza y del esfuerzo con el que compiten, de la mesura con que ganan. Pero tienen poco de *play*: poca diversión, placer y capacidad de disfrutar con variaciones y usos creativos y aún con situaciones inesperadas que exceden las rígidas y estereotipadas sendas que se trazan, sus "pasillos", como los denominaba el paciente recién citado.

La siguiente viñeta acentúa el modo en que los padres del niño psicosomático interfieren, como resistencias externas, e impiden el pasaje de las entrevistas diagnósticas a un indicado tratamiento analítico. Ilustra también el modo en que las tempranas disociaciones del niño se relacionan con las alianzas, secretos, pactos y mitos familiares, en los que se genera y consolida la tendencia a la vulnerabilidad psicosomática, y que legitima el no respeto por sus tiempos y necesidades, las fallas en los contactos libidinales y el apremio a sobreponerse a las crisis que denuncian la patológica autoestima de estos niños.

Como ejemplo típico de estas dinámicas familiares no nos debe extrañar que nos conduzca, asimismo, al tema de duelo y cambios que no pueden ser relatados y/o simbolizados, de agujeros en la historia de estas organizaciones familiares, agujeros que reaparecen como desfallecimientos tópicos en estos niños.

La madre pidió preocupada una consulta por el comportamiento de su hija de 11 años. No hacía mucho se había separado y ella, que vivía en el norte del país, se vino a vivir con su hija a Buenos Aires, lugar donde residían algunos familiares suyos. Ella estaba mal, nerviosa, lloraba por momentos, le costaba adaptarse a la vida en una gran ciudad, a un nuevo trabajo y recordaba las circunstancias que la habían llevado a esa decisión. Estaba muy

---

[4] Esta trayectoria, con agregados evolutivos y nuevas responsabilidades, continuó en la adolescencia y en su adultez. Su asma tendió a disminuir, pero aparecieron tendencias al sobrepeso, hipersecreción gástrica y consumos adictivos.
La cultura puede llegar a estimar estas producciones pseudocreativas "escolares" convencionales. Responden a las expectativas sociales, y por su difusión, pueden situarse más cerca de los best-sellers que de producciones personales creativas y polémicas, que suelen perdurar más tiempo en la memoria social. Están más cerca de un Homo Teckne, dispuesto a llevar adelante lo que cree que otros sueñan para él, que en hacerse responsables de sus propios sueños, al modo de un Homo Ludens.

movilizada, deprimida, vacilante. Había decidido comenzar a analizarse. Pero a su hija, a pesar de esos cambios, no le pasaba nada, estaba como siempre. Lo único nuevo que había aparecido en su vida era su dificultad en asistir a una nueva escuela. Prefería quedarse en la casa, junto a su madre. Por el mismo motivo no podía ir a los cumpleaños a los que se la invitaba, porque era una nena sociable y querida, ni ir a jugar a la casa de sus nuevas vecinas y amiguitas: *"Querría ir, pero no puede, y no lo puede manejar, le da 'cosa' salir, no lo puede decir mejor"*. [5]

No notaba nada más, porque hacía las cosas muy bien, incluso por momentos parecía que era la hija quien los sostenía a ellos, los padres, por el difícil momento que atravesaban. El padre le decía que viajara y ella no sabía qué hacer. Era ella quien se interesaba por la situación del padre y lo alentaba, cuando hablaba por teléfono.

La madre era capaz de abrir interrogantes acerca de su hija e incluso reconocer sus inhibiciones; como veíamos en una entrevista, más que jugar, su hija organizaba juegos a otros chicos para que no se aburrieran.

Por razones de distancia sólo tuve una entrevista con el padre. Me expresó en ella que siempre había considerado a su hija como un *"ser libre, equilibrado y maduro"*, con una luz que le daba *"su gran poder espiritual"*. No importaba si estaba en una situación crítica, *"ella sola encontrará el sendero de la verdad"*.

El guía espiritual del grupo religioso al que concurría ya le

---

[5] Esta expresión suele emplearse para referirse a la angustia flotante, sin una representación que la nomine. En el caso de esta niña, un análisis de esa capa de material psíquico llevaría seguramente al análisis de su fobia neurótica. A ella podríamos agregar, en una capa más profunda, la presencia de una tensión somática que, al no poder simbolizarse, aparece como angustia automática. La "cosa", en este caso, no se referiría al elemento edípico reprimido, sino que remitiría a marcas más primitivas, a los signos perceptivos freudianos de la carta 52, a los pictogramas, al "área de las sensaciones somáticas" (D. Meltzer, 1981) o a lo que J. Fischbein (1999) llama prerepresentaciones, es decir, huellas perceptivas aún no organizadas como representaciones. A. Green (1998) habla de pre-psíquico, como lo somático capaz de devenir, o no, psíquico.
La opacidad significante de esta "cosa" está relacionada con la limitación del cuerpo para representarse a sí mismo, o para representar, a través de la imitación y las formas primarias de identificación y enjuiciamiento, que comprometen a la acción corporal (pasaje del pecho de perfil al pecho de frente, en el "Proyecto…", S. Freud, 1895) al objeto asistente.
El cuerpo erógeno y los afectos no logran articularse con la tensión sexual somática, y el *drang* instintivo no logra superar la organización sensorial cuantitativa, y queda como cosa no cualificada.

había señalado que su hija estaba predestinada a hacer felices a quienes la rodearan.

(Esta leyenda mesiánica acerca del rol que cumplía y cumpliría su hija no era interpelable ni tampoco su imposición de roles adultos). Tenía que hacer su vida sola, elegir lo mejor para ella. Es cierto –comentaba el padre– que de niña había sido abandonada, y que nada demandaba y que ocultaría en su interior sufrimientos, pero era una niña sana. Admitía que había algo compulsivo en cómo buscaba ser la mejor en el colegio, y creía en la *"responsabilidad del gen materno en su exigencia de ser* ten*"*. No se oponía a que comenzara un tratamiento, pero, ¿para qué añadir una nueva exigencia? Mejor dejarlo para más adelante, cuando estuviera más afianzada en sus amistades.

La madre reconocía que ignoraba cuántas cosas guardaba y el vínculo conflictivo con ella en el que se veía entrampada. ¿Se quedaría en la casa para acompañarla? Iban juntas a la casa de su propia madre. [6]

Como la madre estaba dispuesta a comenzar, pero la hija no quería venir, estuvo de acuerdo en que podríamos comenzar el tratamiento con sesiones vinculares. Pero súbitamente cambió el panorama: había perdido su trabajo, el padre no pagaría el tratamiento, y además de sus limitaciones económicas no se sentía con la energía y determinación necesarias para llevarla al tratamiento. Se sentía, como la hija, sola, aislada y sin ganas de salir. En este tramo vemos la depresión e indiferenciación de la madre, y lo imprevisible y errático de sus movimientos que la llevaban, típicamente, de intensos apegos a bruscas separaciones. Cuando estas pérdidas tempranas no pueden ser simbolizadas se inscriben como depresiones psicóticas y/o síntomas psicosomáticos.

El tratamiento no se inició porque los padres no podían soste-

---

[6] Es probable que la anhelada, y luego temida, fusión simbiótica con el hijo, armónico paraíso que, inconscientemente, la madre reclama, tenga su punto de partida en su propia e idealizada relación ambivalente con su propia madre. También en sus propias vivencias infantiles podríamos encontrar el origen de sus fallas empáticas y en su tendencia a ofrecerse como objeto de necesidad, pero no de deseo para el hijo.
Este modo concretizado de responder a las demandas del hijo es típica de estas madres. La madre de un adolescente encoprético, paciente de A. Stisman (1998) se defendía de este modo de los reproches del hijo, que se quejaba de quedarse solo en la casa sin suficiente comida: *"Mi heladera no está muy poblada, pero tampoco es para morirse de hambre"*, ignorando que el hijo se refería a situaciones frustrantes libidinales orales.

ner el deseo de un hijo separado y diferenciado. En otros casos se aferran a un "todo está bien", buscan y prefieren diagnósticos y soluciones médicas físicas antes que concientizar las relaciones y vínculos emocionalmente conflictivos, y consideran las expresiones afectivas como muestras de debilidad.

Contratransferencialmente son frecuentes los sentimientos de desconcierto y malestar por las fallas empáticas y de enojo ante el empecinamiento con que los padres defienden su "historia oficial" de los hechos vitales y la convicción de dedicarse y sacrificarse "patrióticamente" por "el bien de los hijos", mientras descalifican sus requerimientos libidinales. Aparecen fantasías de rescatarlos y salvarlos, de adoptarlos, de acuerdo a la novela familiar del analista de niños.

HORAS DE JUEGO DIAGNOSTICAS

Hemos pasado revista a algunos de los más frecuentes, reiterados y significativos elementos que encontramos regularmente en las entrevistas diagnósticas de los padres de los niños que padecen, o pueden llegar a tener, una enfermedad psicosomática.

Veamos ahora qué hallazgos típicos encontramos en las horas de juego de estos niños, en la medida en que algunos de sus rasgos caracteriales más salientes, y que guían precisamente la presunción diagnóstica, no pueden dejar de presentarse.

Lo primero que llama la atención es el modo resuelto, ordenado y tranquilo con el que entran al consultorio. Esto, en mi experiencia, acontece aún con niños de poco más de dos años, que entran solos, a pesar de estar en un lugar extraño y ante un desconocido. Son las expresiones de la falta de la angustia del octavo mes ya comentada y del temprano uso que han hecho de la musculatura estriada para imponerse una independencia reactiva.

La segunda observación típica es que aceptan fácil y complacientemente nuestras indicaciones y consignas de trabajo, comportándose juiciosa y adecuadamente. Es la expresión, en el campo transferencial, de la sobreadaptación caracterial.

En el terreno emocional encontramos aún algunos otros elementos típicos. En general se ven tranquilos, pero podemos notar su tensión muscular difusa y, a veces, en ciertos tramos de la

entrevista, expresiones de angustia, como morderse las uñas o rascarse, que ellos no registran. El relato verbal es monocorde, mostrándonos el control que tienen sobre la expresión de sus afectos, pero usualmente desvitalizado, desganado. Advertimos así sus dificultades en el registro de sus sentimientos. A través de su indiferencia emocional, desinterés y trato distante se expresa su depresión esencial, enmascarada.[7] A veces se sienten tocados emocionalmente, pero no pueden discriminar y nominar sus afectos (alexitimia).

En sus comentarios predominan los temas repetitivos relacionados directamente con su realidad objetiva. Los temas son presentados con una narrativa lógica y coherente –incluso en niños que cronológicamente no han alcanzado aún la latencia, lo que me llevó a hablar de latentes precoces (F. Urman, 1983)– que recuerda el discurso obsesivo.

En sus primeros comentarios suelen afirmar que están bien, que no les pasa nada (lo llevó a algunos a hablar de normópatas) o pasan a describir sus padecimientos, lo que los lleva a consultar. Es decir, que la primera realidad que toman en cuenta es la de la adaptación exitosa o la de sus síntomas psicosomáticos.

Lo más habitual es que presenten sus síntomas sin quejarse espontáneamente, por fallas en sus registros más que por una actitud de “bella indiferencia”. Suelen hablar de manera técnica de ellos. Como la paciente que me dijo que lo que tenía no era “alergia” sino una “reacción alérgica”. O la que me explicaba que

---

[7] La imago de la madre psíquicamente muerta, en la mente infantil, por la depresión materna, aparece en una neurosis de carácter (A. Green, 1983). Produce una angustia blanca, por la pérdida narcisista, y deja marcas, agujeros psíquicos, que son ocupados por expresiones de destructividad que la experiencia defusionante generó. Es una depresión fría, en presencia de un objeto absorbido por una labor de duelo. El bebé suele quedar situado entre esta madre muerta y un padre inaccesible, acuda éste o no en auxilio de la madre. La madre es recuperada por una identificación primaria mimética inconsciente. Esta experiencia puede llevar a una triangulación precoz defensiva. para hallar un sentido perdido estructura precozmente capacidades imaginativas e intelectuales. El Yo procura remendar de este modo el agujero a través de la creación de un pecho aplicado, que intenta obturar el contacto con un nostálgico pecho ausente, antes que perdido.
El narcisismo de muerte, para A. Green, expresa lo blanco o el vacío de la inexistencia en el afecto (la indiferencia), en la representación (la alucinación negativa) o en el pensamiento (psicosis blanca).
Antes que de narcisismo de muerte prefiero hablar de desexualización tanática del narcisismo.

lo que tenía se llamaba “eccema atópico constitucional”, como si fuera una dermatóloga que estuviera exponiendo en un ateneo médico un paciente que era ella misma. Ese lenguaje técnico y esa distancia esquizoide son defensivos.

El Yo coherente del niño ya no se puede sostener y actúa ahora al modo del Yo de placer purificado (S. Freud, 1915). Está convencido que “el silencio es salud”, pero ahora su cuerpo ha dejado de ser un socio autosuficiente. Esa presencia somática que había proclamado inútil y condenado a la no representación se instala, como un “convidado de piedra”, en la mesa asociativa yoica. Ese rechazo es trasladado al síntoma, al que siente como un no-yo externo, ajeno, extraño y amenazante y, toda vez que le es posible, apela a la desmentida para defenderse de un contacto que viviría como siniestro.

Recordemos que la enfermedad psicosomática es, para D. Winnicott (1949,1964), un intento de integrar el soma a la psique y de encubrir la despersonalización a través de una identidad que remite al cuerpo. Un paciente puede presentarse diciendo: “yo soy asmático”. En estos niños el *hacer* y el *pertenecer* han sustituido y desplazado al más temprano *ser*. [8]

Lo más frecuente es que la causación de esta enfermedad sea atribuida a factores *físicos*. Como decía una niña: *“Soy alérgica al polvo de barrido, al polen, al frío, a los cambios de estación…a todo”*. Y, reiterando un elemento que ya encontramos en las entrevistas con los padres, no relacionan sus síntomas con situaciones *emocionales conflictivas*. Como una paciente de 12 años, asmática y alérgica, hija de una familia de inmigrantes que consulta derivada por el gastroenterólogo por sus “problemas estomacales”. Sus gastralgias están asociadas a las salidas de sus padres y sus hermanos, o al desencuentro con una amiga con la que iba a salir. Es una paciente que fecha rigurosamente cada acontecimiento, pero no advierte que consulta al año de la muerte del abuelo. Admite que tiene miedo de verlo cuando entre a su habitación y enciende la luz, no sabría cómo reaccionaría.

---

[8] Así como en el “caballero inexistente” de I. Calvino había una armadura pero sin caballero material en su interior, en estos pacientes habría una subjetividad sin sujeto: *“La subjetividad de hoy no admite la condición de sujeto, porque la sociedad supone suficiente para reemplazarla –y con mayor eficiencia– a la tecnología. Y condición de sujeto, si dejamos de lado su papel en la creatividad, implica deseo, reclamo, insatisfacción, conflicto”* (R. Levin, 1998)

Un niño de 7 años tuvo tres ataques asmáticos cuando empezó su escolaridad. Su maestra era severa y distante. Cuando la cambiaron cesaron sus ataques. Es sociable y afectuoso con las maestras. A una la llamó "mamá", porque *"como dicen que son una segunda madre..."*. Comprobamos aquí la omnipresencia del rostro de la madre. Pero veamos algunos detalles de sus primeras dos entrevistas, que aportan elementos singulares y que nos llaman la atención. De acuerdo al material de F. Tomei (1995) el niño dice, en la primera entrevista, que viene a curarse de los pulmones. Una doctora le dijo que los tiene cerrados. Le pasa desde que se cayó en una pileta y se asustó. Cuando corre se agita, le agarra la tos, la mamá le hace una nebulización y se le pasa. Hasta aquí vamos siguiendo el relato, construido con discursos escuchados y procedimientos prácticos.

Luego dice que tiene tos de perro, como la de su perro cuando está empachado. Y, a partir de este punto comienza en su relato a referirse a varios animales, asociando fantasías de embarazo oral y de devoración, referencias a los riesgos del recién nacido, hilo asociativo que integra, verosímilmente, sus dificultades respiratorias y las circunstancias vitales patógenas que sobredeterminaron la génesis de sus síntomas, tal como podrían inferirse del análisis de ese relato fluido y confiado. En la segunda entrevista continúa el relato, esta vez apoyado en un dibujo, y en la que pasa rápidamente de unos animales a otros, como si abusara de las analogías: *"El lobo se parece a un perro, el perro se parece a un conejo, bah, a una liebre, el conejo se quería comer las mariposas..."*. Le llama la atención a la terapeuta esta abundante producción fantasmática y se pregunta si se trata de una neurotización secundaria, pues esperaría una mayor pobreza imaginativa y asociativa, correlativa a las sensaciones de inaccesibilidad que nos despiertan estos niños.

Si el paciente, defensivamente, borraba las diferencias entre la madre y la maestra, ¿no sería de esperar un relato en donde se acentuaran las semejanzas y la rápida intercambiabilidad de distintos objetos? Esta desdiferenciación es contemporánea con una omnipotencia hipomaníaca, que remeda el "todo sirve" del collage creativo, porque el contacto y compromiso es superficial y las articulaciones, hechas "a la ligera", como los hombres de Schreber, sólo apuntan a una ilusoria vivacidad que obture el contacto con pérdidas objetales y sensaciones de vacío. Para la

comprensión de este tipo de producciones rescato el concepto de fantaseo (D. Winnicott, 1971)[9] (F. Urman, 1991).

Hay una relación superficial con los elementos agrupados, y sin referencia personal o histórica (en el sentido de la verdad histórica freudiana). Tampoco encontramos expresiones de angustia o culpa, ni siquiera un profundo interés en estas escenas sadomasoquistas, cuyo ropaje y figurabilidad edípica es fácilmente sustituible por experiencias más tempranas. Cuando el terapeuta cree estar frente a una producción neurótica, y cuyo sentido latente podría importarle, nos encontramos usualmente con un rechazo frío y cortés. No se siente implicado en estas referencias a vivencias traumáticas patógenas propias y si no se queja abiertamente es por la fuerza de su necesidad de quedar bien y "comportarse".

Para ilustrar estos conceptos vuelvo al niño de 6 años, cuyos padres habían consultado por su enuresis para la época en que comenzaba su escolaridad. Comenzó su primera hora de juego con el dibujo de un personaje enmascarado, que levanta su espada con aire triunfal. Juan escribió *"Soro"* y me entregó la hoja, con una expresión entre orgullosa y displicente. Me pidió que la leyera. Cuando lo hice se extrañó por no escuchar *"Zorro"*. Recuperó la hoja, la observó, y tras una breve vacilación, le añadió un acento y me la volvió a alcanzar. Al leer *"Soró"* asintió con la cabeza, quedando plenamente satisfecho. Estaba próximo al personaje heroico y omnipotente que me presentaba –ignorando que sólo era una fachada– y molesto ante lo distónico (su enuresis y asma). Pedía ayuda para solucionar cosméticamente su sintomatología o para desestimarla.[10]

---

[9] La preocupación y queja depresiva por la peligrosa equiparación entre distintos objetos, cuyo valor distintivo se pierde en una hipomaníaca desdiferenciación es sustituida entonces por la invitación a emparchar estas fallas con producciones imaginativas desvitalizadas de sospechosa vivacidad, y que enmascaran, narcóticamente, los conflictos, las pérdidas, el doloroso aislamiento con un derrumbe potencial.
Del humor rescató S. Freud (1927) la compasión del ideal crítico por el atribulado Yo, pero no captó la propaganda tanática a través del cual intenta el Superyó convencer al Yo para que anestesie su angustia y se entregue, resignada y alegremente, a la muerte.

[10] Este material confluye con otro de E. Evelson (1958), quien, analizando simultáneamente a dos hermanos mellizos asmáticos desde los 3 años, y con enuresis nocturna (era el motivo de consulta), encontró dificultades, en los mellizos y en su madre, para tolerar una separación y diferenciación.

Otra característica distintiva, que oscurece el diagnóstico, es la coexistencia de materiales psíquicos cualitativamente distintos. Uno de ellos tiene características recién comentadas.

Otro puede tener las características del material neurótico de transferencia, con su riqueza imaginativa, con un nivel representacional metafórico o simbólico, y con distintas coloraciones emocionales. Por último, otro pobre libidinalmente, sin nivel metafórico o simbólico, sin asociaciones, y cuyas redes ideativas preconscientes están desgajadas de sus bases emocionales y representacionales tempranas: son relatos pragmáticos, realistas, referentes a sus actos y acontecimientos cotidianos. Es una actividad operatoria, usual en la corriente psicosomática, tal como puede aparecer en dramatizaciones o en los dibujos.

A veces estos materiales están entrelazados, y aparecen en una misma hora de juego. En otros, en distintas horas. Una niña de 8 años utilizó casi todo el tiempo de su primera hora de juego para hacer un dibujo en el que aparecía una escena en la que, en una casa, están una niña y unos adultos. La situación que dramatiza evoca una situación ansiógena por la que consultan sus padres. En la siguiente hora diagnóstica dibuja un triángulo y un cuadrado, ambos con bandas de colores que se reiteran en la misma secuencia. Al pedirle asociaciones sólo pudo decir que se trata de un triángulo y un rectángulo, que no se le ocurría nada más.

Aunque ocasionalmente puedan advertirse funcionamientos disociados, la escisión de un Yo alterado se hace más evidente una vez que comienza el tratamiento. Necesitan saber que cuentan con un espacio propio y una mirada nueva. A medida que va catectizando el tratamiento y comprueban que cuentan con un objeto continente, estable, confiable y empático, pueden entonces abrirse y mostrarse. Así, una paciente construyó, en una sesión, una caja de papel en la que escribió “Mantequitas”. Fue

---

En una sesión vinieron deprimidos y le relataron que no sabían porqué habían hecho cada uno un dibujo diferente del mismo limón que tenían como modelo en la clase. Es que lo veían desde una perspectiva distinta. La analista les interpretó lo preocupado que estaban por advertir diferencias entre ellos y también con ella. En lugar de incorporar esta interpretación tuvieron una respuesta hipomaníaca que intentaba negar toda diferencia: entre bromas y risas, y copiándose entre sí, dibujaron, en un nivel burlonamente elemental para su real capacidad, dos barquitos idénticos.

guardando allí unas muñecas de papel, una flor, vestidos de papel para esas muñecas. Debía quedar fuera de la canasta. Por su ubicación estaba expuesta a perderse, caerse o romperse. Estaba implícito que yo debía cuidarla y asegurar su presencia en cada sesión, como hice durante varios meses. En una oportunidad que tenía los dedos sucios la usó para limpiárselos, dejándola estrujada.

Este material sugiere la externalización de una organización yoica vulnerable y debilitada por su desarrollo inhibido (físicamente, aunque tenía 10 años, su aspecto y altura daban la impresión de una niña de 8) y por su desvitalización instintiva. Su autosuficiencia reactiva encubría sus carencias libidinales y sus quejas sofocadas. Al transformar su relación de objeto en identificación, intentaba ser su propia madre, repitiendo para consigo misma el rechazo de sus sensaciones y afectos.

Es decir, que aunque muchos niños se destacan intelectualmente, y aún pueden tener producciones creativas, su vulnerabilidad está dada por su menor capacidad funcional simbólica, por un pobre procesamiento imaginativo instintivo, por una limitación coyuntural o estructural, ante una familia que falla en su capacidad de sostén y continencia.

Otro elemento típico es el rechazo a situaciones regresivas por parte de una autoexigencia censora y crítica. Por ejemplo, en una entrevista una niña estaba jugando con muñecas, dramatizando el esfuerzo que hacía una de ellas para sentar mejor y arreglar el aspecto de otra muñeca, despatarrada y sumergida en un sillón, muñeca que se caía reiteradamente, hasta que la dejó acostada. Yo suponía que representaba los esfuerzos para curar la depresión de su madre y para vérselas con su propia depresión enmascarada. De pronto decidió dejar de jugar, alegando que sólo las bebitas juegan con muñecas.

Otra observación me pareció patognomónica. Un niño, después de hacer unos dibujos, para lo que sacó punta a lápices y recortó y pegó algunos papeles, antes que terminara la hora guardó dentro de su canasta los desechos o basuritas que podría haber depositado en un cesto (es lo que hubiera hecho un latente cualquiera, incluso uno neurótico). Esta conducta, que se asocia con el manejo obsesivo de la agresión, se relaciona con la tendencia a las descargas endógenas de la tensión. Esta actitud “correcta” que reiteró en la hora siguiente, sugiere también la

importancia de los procesos de autoagresión y de retención, intoxicante, de desechos, que no pueden exteriorizarse, y afín a los desarrollos teóricos de D. Maldavsky. Estas implosiones, como alteraciones autoplásticas, caracterizan a los pacientes psicosomáticos como las conductas explosivas caracterizan a los impulsivos. [11]

Es frecuente advertir, en estos niños, una actitud compulsiva a verse tranquilos y a tranquilizarnos. Nos avisan algunos cuando está por terminar la hora, otros nos explican porqué tardan en buscarlos; se preocupan por el esfuerzo que pueda ser para nosotros tomar notas y nos calman explicándonos que se doblaron el tobillo jugando al fútbol, pero que no se quebraron nada. O que van a dibujar a un entrenador, lo que es muy difícil, pero que igual lo van a poder hacer. Mostrándonos cómo se hacen cargo de ellos mismos y aún de nuestras inquietudes, reales o potenciales, nos están transmitiendo qué vivencias familiares terminaron alterando su Yo. Alteración que cubren con la imposición de verse "común" o de presentarnos una imagen escolar de su familia, a la que describen como armónica y plena. Sólo que esta imagen no conflictiva es previa a la latencia y continúa más allá de la pubertad biológica, por lo que considero que es típico, en estos pacientes, el presentar *latencias precoces y prolongadas*.

Añadiré algunas observaciones finales, que pueden resultar un tanto condensadas y poco ordenadas.

No observé, en estas entrevistas, agujeros en la producción gráfica, que otros colegas citan. Me parece que tienden, más que otros niños, a expresarse gráficamente.

Una defensiva y precoz huida a la verbalización, como una compulsiva y autoexigida vía expresiva no es paradigmática en estos niños, pues la he encontrado en otras patologías narcisistas no psicóticas. Son más características su pobreza imaginativa, su

[11] ¿Qué relación encontramos entre el niño impulsivo y psicosomático? Tanto en los niños con actuaciones explosivas como los psicosomáticos con explosividad, encontramos habitualmente madres poco continentes y dependientes que, en ausencia del respaldo y la protección normativa paterna, posicionan al niño como pareja pseudoadulta que tiene como misión acompañarla, estimularla y cuidarla. En el niño impulsivo encontramos a un niño seductor que se presenta como un héroe reivindicativo. El psicosomático está cómodo en su autonomía reactiva y en su complacencia sobreadaptada, y tiene la misión de contener la ansiedad de la madre y levantar su autoestima a través de su conducta.

narrativa lógica y fáctica que no le permitiría inventar un cuento y un estilo impersonal que acentúa impresiones superficiales y generalidades sobre hechos externos y que excluye toda presencia subjetiva singular.

Nunca encontré, en estas entrevistas, la fantasía de estar encerrado del lado de afuera, que suele presentarse regularmente en los análisis de estos pacientes. Es una variedad de ansiedad agora-claustrofóbica, generada por una fijación de un espacio bidimensional de inclusiones recíprocas (S. Alí) en el que, como en la banda de Moebius, no está definida la categoría interno-externo. Sería correlacionable con el modelo "madre que rebota" en la teoría de D. Liberman.

Aunque cumplen mecánica y formalmente con las pautas establecidas, y demandan con un sufrimiento corporal cuyas señales rechazan –salvo cuando el malestar se torna insoportable– se niegan hipomaníacamente a ser ayudados en algunos casos. Se rebelan, como en el caso de la niña con el "eccema atópico constitucional", y sostienen una autosuficiencia arrogante, desafiante y autodestructiva. Interfieren en nuestras intervenciones, y buscan impotentizar al medio, o provocan una lucha sadomasoquista para imponer o eliminar un espacio para la reflexión y la elaboración. Descalifican, como lo hicieron con ellos mismos, la posibilidad de una resolución psíquica de sus conflictos.

La desconexión de sus demandas físicas suelen contrastar con algunas preocupaciones de su madre, a las que, sólo descriptivamente, podríamos considerar como angustias hipocondríacas. Pues, en la hipocondría el Yo es invadido por sensaciones de un cuerpo que, por el derrumbe psicótico, pierde su calidad erógena, mientras que en el psicosomático la zona erógena no se ha llegado a constituir.

Siendo la hora de juego una experiencia inédita, me interesa captar la capacidad que tiene el niño, en presencia del entrevistador, de encontrar *"fuera del mito familiar materiales para construir categorías simbólicas ausentes en él"* (R. Rodulfo, 1993).

Las únicas transferencias interpretables, de acuerdo al concepto freudiano del capítulo VII de *"La interpretación de los sueños"*, son las del analista y la de los aspectos neuróticos del niño tal como se expresan en formaciones sintomáticas.

Contratransferencialmente aparecen sentimientos de preocupación y alarma ante situaciones conflictivas y experiencias riesgosas que el niño relata impasiblemente. Esta angustia se registra incluso somáticamente, al actuar nuestro cuerpo como una caja de resonancia que percibe aspectos escindidos. Nos desconcierta el relato que hace el niño de sus padecimientos físicos y la forma concretizada y técnica en que habla de su cuerpo.

Tendemos a sobreinterpretar sus síntomas y producciones como una reacción ante un niño al que percibimos como inaccesible, en ocasiones como un extraño que acumula hechos que no alcanzan expresión simbólica o significación psíquica.

Los inesperados momentos de bloqueo o astenia asociativa, el esfuerzo para integrar, ligar o elaborar el material del niño señalan el modo en que se presenta, en el campo transferencial, la depresión latente, esencial (P. Marty) o primaria (A. Green) del entrevistado. En esos momentos el terapeuta *"...se siente prisionero del sistema de los objetos momificados de su paciente, paralizado en su actividad, incapaz de hacer nacer en éste una mínima curiosidad por sí mismo"*. (A. Green, 1990)

Estamos tentados de efectuar interpretaciones salvajes, o de intervenir reforzando su intelectualización, o para someterlo a nuestra línea interpretativa. O lo exponemos a un silencio distante, retracción libidinal que le devuelve su propia ausencia y que evoca a un padre inaccesible o no disponible. Es que el campo transferencial reactiva las disociaciones del analista y lo lleva a repetir los tempranos vínculos diádicos patógenos. Por esta razón descubrimos un compulsivo furor sanandis por el que esperamos y sobrevaloramos cambios súbitos, que son afines a la fuga a la salud que aguarda el niño y sus padres. O les podemos imponer separaciones o delimitaciones precoces que superan las posibilidades del entrevistado.

También son frecuentes la ira, la agresividad o el aburrimiento al toparnos con el muro de su discurso narcisista.

SINTESIS

Me interesó, en este trabajo, la *"descripción de las propiedades psíquicas singulares verificables en psicosomática"* (A.

Green, 1998). Si hubiera una estructura específica psicosomática, con factores específicos etiológicos al que se añaden otros elementos traumáticos auxiliares patógenos por sus características cuanti-cualitativas, esa organización sería diagnosticable en las primeras horas de juego y entrevistas con los padres.

Hallaríamos, así, una estructura delimitable y con elementos patognomónicos que suponen una predisposición al riesgo somático –lo que P. Marty (1980) llama desorganización contraevolutiva– ya establecida en niños de corta edad.

En la investigación anamnésica del material obtenido traté de aclarar porqué se presenta lo que se descubre y porqué no se encuentra lo que, en otros niños, o en otros pacientes inclusive, aparecería regularmente.

Estas observaciones carecerán de valor para los colegas que presenten dos tipos de objeciones. En primer lugar, para los que cuestionan, por fidelidad a sus marcos teóricos referenciales, la posibilidad de la existencia de una estructura caracterial específica, y prefieren subsumir los fenómenos psicosomáticos dentro del cuadro de graves neurosis de transferencia o de las organizaciones y/o funcionamientos psicóticos. D. Winnicott y A. Green adscriben al psicosomático a la organización fronteriza. No puedo evaluar, en este último caso, si contradice mis hipótesis, ya que hay diversas formas clínicas que se incluyen en la categoría “borderline” y sé que hay diversas y divergentes teorizaciones acerca de los casos límites.

P. Marty es, a mi juicio, poco claro nosográficamente, cuando habla, en estos pacientes, de preconsciente frágil o carencial en neuróticos con mentalización (capacidad representacional) mala o incierta.

He señalado, por otra parte, que lo más frecuente no es que esta organización caracterial se presente aislada, y con una amplia independencia del resto de las otras corrientes psíquicas, sino que la encontramos combinada con otras neurosis. Las neurosis mixtas más frecuentes, en mi experiencia, son las que combinan las corrientes psicosomáticas con las neurosis de transferencia o con las neurosis impulsivas. También me referí a los pacientes que tienen problemas psicosomáticos coyunturales y de breve evolución, pues no predomina en ellos un funcionamiento psíquico psicosomático.

En segundo lugar, tampoco serán de utilidad para aquellos que

no plantean al diagnóstico presuntivo como necesario paso previo al tratamiento y determinante de las indicaciones terapéuticas y de la estrategia que se traza a partir de los objetivos que inicialmente se fijan.

Reconozco que el diagnóstico presuntivo es una conjetura riesgosa, pues siempre el cuerpo de la experiencia empírica es más amplio que la manta de la comprensión teórica. Pero si renunciamos a este tipo de hipótesis, y posponemos estas conclusiones, dejando al paciente en manos de la providencia mesiánica de un futuro "diagnóstico en transferencia", ¿sobre qué bases planteamos la estrategia terapéutica?

El análisis de las raíces narcisistas de los padecimientos de estos pacientes no deja de superponerse con la investigación de la trama familiar en la que advino el temprano Yo del niño psicosomático.

Son pacientes que intentan controlar un doble peligro: la invasión de la tensión sexual somática y de los montantes de afecto, y el derrumbe por la pérdida libidinal de un objeto sin reverie, inaccesible, que no lo reconoce como sujeto autónomo y con quien se confunde.

Estas cantidades comprometen un cuerpo que no ha logrado devenir cuerpo erógeno (fallas en la constitución del Yo corporal, al estar privado el niño del placer y la provisión emocional y representacional familiar que le permitirán elaborar los duelos y crisis vitales, como plantea M. L. Pelento [1991]).

Son latentes precoces y polimorfos frustros, sometidos a los ideales críticos de los padres poco empáticos, y a los de la cultura que atenta contra su subjetivación. Habiendo fracasado en ser (integrados desde un Yo corporal) se vuelcan al tener (éxitos escolares) y al pertenecer (sobreadaptación compulsiva). Ni su grupo familiar ni ellos toleran los conflictos o reconocen los duelos. Hiperresponsables y sometidos a deberes sociales, nada debe interferir con la exigencia de tener una impecable foja de servicios (notas sobresalientes, asistencia perfecta, compañerismo ejemplar). Nunca aparecen, en sus crisis vitales, una pausa en sus rendimientos, algo así como la invitación a la introversión reflexiva, al modo de un cartel que enunciara: "Cerrado por duelo".

Son niños que, aludiendo al verso de Virgilio que Freud gustaba citar, parecen decirnos: "*si no puedo producir como los*

dioses [demandan], tendré que reconocer a mi infierno [mi padecimiento del postergado cuerpo, mis depresiones sofocadas o abortadas, los límites de mi frágil y necesitado yo]".

Espero que estas observaciones puedan ser cotejadas y ampliadas con los aportes de otros colegas. No sólo los niños, también nosotros necesitamos de más palabras que iluminen el oscuro camino, y hagan menos penosa la travesía.

BIBLIOGRAFIA

AULAGNIER, P. (1983) Lo potencial, lo posible, lo imposible: categorías y coordenadas del campo clínico psicoanalítico. *Psicoanálisis,* XXII, 1, 2000.

— (1986) Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: *Cuerpo, historia, interpretación.* Paidós, Buenos Aires, 1994.

AVENBURG, R. (1982) Destrucción del complejo de Edipo y sublimación. En: *Psicoanálisis: Perspectivas teóricas y clínicas.* Publikar, Buenos Aires, 1998.

BLEICHMAR, S. (1993) Qué se sostiene hoy de una teoría de las neurosis. *Psicoanálisis,* Vol. XV, Nro. 3, 1993

DEUTSCH, F. (1950) El psicoanálisis y la medicina psicosomática. En: *Estudios de Psicosomática,* Vol. 3. V. Gorali comp. Atuel-CAP, Bs. As., 1995.

EVELSON, E. (1958) Una experiencia analítica. Análisis simultáneo de hermanos mellizos. *Revista de psicoanálisis,* XV, 1-2, Buenos Aires, 1958.

FISCHBEIN, J. E. (1998) El acontecimiento somático en el devenir psicoanalítico. En: *Libro de Departamento y comisiones 1997-1998,* A.P.A., Bs. As., 1999.

— (1999) Más allá de la representación: el acto. *Revista de psicoanálisis,* LVI, 2, Buenos Aires, 1999.

— (2000) La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Psicoanálisis,* XXII, 1, Buenos Aires, 2000.

FREUD, S. (1895) Proyecto de una psicología para neurólogos. *B. Nueva,* Tomo I, Madrid, 1973.

— (1911) Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento mental. *B. Nueva,* Tomo II, Madrid, 1973.

— (1915) Los instintos y sus destinos. *B. Nueva,* Tomo II, Madrid, 1973. También *A.E.,* Tomo XIV.
— (1927) El humor. *B. Nueva* Tomo III, Madrid, 1973.
García, H. H. (2000) Realidad, símbolo, trastornos psicosomáticos a la luz de Winnicott. *Psicoanálisis,* XXII, 1, Buenos Aires, 2000.
Green, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Amorrortu, Bs. As., 1986.
— (1990) *De locuras privadas.* Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
— (1993) *El trabajo de lo negativo.* Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
— (1998) Sobre el sentido en Psicosomática. En: *Interrogaciones psicosomáticas.* A. Fine y J. Schaeffer comp. Amorrortu, Buenos Aires, 2000.
Goldstein de Vainstoc, R. M. (1998) Los modos de la Verwerfun de lo inaudible, de lo invisible y de lo inmaterial. Consecuencias clínicas y de la dirección de la cura de las psicosis y la psicosomática. *Revista de psicoanálisis.* Nro. Internacional, 6, Buenos Aires, 1999.
Janin, C. (1995) Lo real, lo percibido, lo alucinado. *Psicoanálisis,* XXII, 1, 2000.
Levín, R. E. (1998) De "Pinocho" (1881) a "Toy Story" (1996). Transformaciones de la subjetividad. *Psicoanálisis,* XX, 2, Buenos Aires, 1998.
Liberman, D. (1971) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico.* Galerna, Buenos Aires, 1971.
— y col. (1982) *Del cuerpo al símbolo.* Kargieman, Buenos Aires, 1982.
Marty, P. (1980) *EL orden psicosomático.* Promolibro, Valencia, 1995.
Marty, P.; M´Uzan, M. de (1983) El pensamiento operatorio. *Revista de psicoanálisis,* XL, 4, 1983.
McDougall, J. (1989) *Teatros del cuerpo,* J. Yébenes, Madrid, 1991.
Meltzer, D. (1981) Implicaciones psicosomáticas en el pensamiento de Bion, *Psicoanálisis,* XV, 2, 1993.
Peskin, L. (1998) Psicosomática. En: *Libro de los departamentos y comisiones,* 1997-98, A.P.A., Buenos Aires, 1999.
Rodulfo, R. (1993) *El niño y el significante.* Paidós, Buenos Aires, 1993.
Stisman, A. (1998) Un adolescente encoprético. Una situación clínica atípica. *Revista de Psicoanálisis,* LVI, 2, 1999.
Tomei, F. (1995) Reflexiones acerca de los trastornos psicosomáticos a la luz de cinco casos aquí expuestos. En: *Trastornos narcisistas no psicóticos.* R. Rodulfo comp. Paidós, Buenos Aires, 1995.
Urman, F. (1983) Una caracteropatía latente: los que triunfan al fracasar. En*: Ensayos de Psicología Argentina*, Año 1983, Ed de Belgrano, Buenos Aires, 1983.

— (1991) Fantasía y fantaseo en la adolescencia. *Psicoanálisis,* Vol. XIII, Nro. 3, Buenos Aires 1991.

WINNICOTT, D. (1941) La observación de niños en una situación fija. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Laia, Barcelona, 1979.

— (1949) La mente y su relación con el psiquesoma. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Laia, Barcelona, 1979.

— (1964) Elementos positivos y negativos en la enfermedad psicosomática. En: *Exploraciones psicoanalíticas,* Tomo I, Paidós, 1973. También en: *Revista uruguaya de psicoanálisis,* Nro. 61.

— (1971) *Realidad y juego.* Gedisa, Barcelona, 1979.

Federico Raúl Urman
Paunero 2744, 5º “C”
1425 Buenos Aires
Argentina