

## ACERCAMIENTO PSICOANALÍTICO A LA EPILEPSIA INFANTIL

Jesús Colás Sanjuan\*

**Resumen:** A partir de introducir conceptos teóricos de psicósomática en la infancia recogido de deferentes autores y escuelas de pensamiento. Y sobre la base de acercarnos al desarrollo del aparato mental que está organizado funcionalmente de manera estratigráfica, como tres lenguajes (P. Aulagnier): el originario, primario y secundario. Entiendo la clínica psicósomática como el fracaso para acceder a los medios de representación de los lenguajes primario y secundario.

Apoyado en material clínico de niños con deferentes diagnósticos de epilepsia infantil, en tratamiento psicoterápico. Señalo la conflictiva fusional y narcisista de los niños en su relación con sus madres. Sus ansiedades de separación relacionadas a impulsos y fantasías agresivas y de muerte. La muerte escenificada en la crisis epiléptica como un drama melancólico. La lucha defensiva contra la percepción y toma de conciencia del dolor mental, a través de la crisis. La función de yo auxiliar del terapeuta.

**Palabras clave:** Psicósomática. Epilepsia infantil. Drama melancólico. Agresividad y muerte. Percepción y conciencia

**Summary:** Starting from introducing theoretical concepts of psychosomatic in the childhood of different authors and thought schools. And on the base of coming closer functionally to the development of the mental apparatus that is organized of way estratigrafic, as three languages (P. Aulagnier): the originarie, primary and secondary. I understand the clinical psychosomatic like the failure to arrive to the means of representation of the primary and secondary languages.

Supported in children's clinical material with different diagnosis of infantile epilepsy, in treatment psychoterapic. I point out the conflicting fusional and narcy-

---

\* Médico psiquiatra del centro de salud mental infanto juvenil del Ayuntamiento de Santander. Psicoanalista miembro asociado de la asociación psicoanalítica de Madrid. Dirección: C/ Gravina, 7- 5º N. 39007 Santander - Cantabria, E-mail, jecs@mundivia.es

sistic of the children in their relationship with their mothers. Their separation anxieties related to impulses and fantasies aggressives and the death. The death sight in the epileptic crisis as a melancholic drama. The defensive fight against the perception and taking of conscience of the mental pain through the crisis. The function of auxiliary ego of the therapist.

**Key words:** Psychosomatic. Infantile epilepsy. Melancholic drama. Aggressiveness and death. Perception and conscience

\* \* \*

Para mí sigue siendo apasionante el acercamiento al enigma del desarrollo de la mente humana. Su evolución, aunque independiente de la determinación genética como el resto de los mamíferos, está necesitada de una gran época de crianza por la gran inmadurez con la que nace el bebé. Una forma de acercarnos a su comprensión es a través de sus fracasos, manifestados clínicamente tanto en la esfera mental, comportamental como corporal; en este trabajo haré una aproximación a la psicósomática para adentrarme luego con la epilepsia en la infancia.

## ACERCAMIENTO A LA PSICOSOMÁTICA EN LA INFANCIA

Freud en su libro "Moisés y la religión monoteísta" (1939) comenta que dentro del camino de la hominización es clave la aparición del lenguaje "*permite inaugurar el nuevo reino de la espiritualidad, representaciones, recuerdos, procesos de pensamiento, en oposición a la actividad psíquica inferior, que tenía por contenido percepciones inmediatas de los órganos sensoriales*"; me resulta útil pensar el aparato mental del hombre que está diseñado funcionalmente de forma estratigráfica, algo ya expuesto por Freud con su teoría topográfica; y aunque lo más noble de la mente es la capacidad de expresión simbólica, el lenguaje y el pensamiento, descrito por Freud como proceso secundario y basado en la representación de palabra; todo ello se apoya en el proceso primario cuyas representaciones de

---

1 S. Freud. "Moisés y la religión monoteísta" (1939). Pág.110

cosa se expresan en la fantasía; apoyándose a su vez, siguiendo a P. Aulagnier, en el proceso originario basado en la representación pictográfica, que es el primer intento que tiene la psique de metabolizar, incorporar a través de las diferentes experiencias sensoriales el encuentro y la relación con el otro, la madre.

P. Aulagnier<sup>2-3</sup> dice que estos tres lenguajes, el originario, el primario y el secundario, son como tres lenguas o escrituras que coexisten en el individuo, y que le van permitiendo metabolizar la información que proviene tanto del exterior como del interior, por medio de sus propios medios representativos. Cada una de estas lenguas expresan el nivel de desarrollo y evolutivo del sujeto; mientras que en el originario no hay un reconocimiento del otro ni de uno mismo; en el primario sí es reconocido el otro y su separación pero negado a través de la fantasía que mantiene la fusión; mientras que en el secundario con la representación de palabra si existe un reconocimiento claro de esta separación, sujeto a las vicisitudes de la represión. Plantea que si en la relación con el mundo este no es captado en un fantasma (lenguaje primario) o un pensamiento (lenguaje secundario), “sólo es representable por los efectos somáticos”<sup>4</sup>.

Estas ideas desde diferentes perspectivas también han sido trabajadas por otros autores como Anzieu en su obra “El yo piel”, y sobre todo Bion que tiene diseñado en su Tabla diferentes niveles de pensamiento y de representación. Las investigaciones y trabajos de Brazelton y Cramer (1993)<sup>5</sup>, Stern (1991) y otros autores nos han permitido comprender el programa innato con el que nace el bebé, que de forma activa a través de sus diferentes órganos sensoriales buscan conectar con la madre, así como de interconectarse intersensorialmente entre sí; esto permite el inicio de la comunicación con la

---

2 P. Aulagnier en “Cuerpo. Historia. Interpretación”. Pág.143-4

3 P. Aulagnier “La violencia de la interpretación”. Pág. 18, 72

4 P. Aulagnier en “Cuerpo. Historia. Interpretación”. Pág.146

madre, que está dispuesta mentalmente gracias a los cambios psíquicos que ha ido realizando durante el embarazo, descritos por diferentes autores como Winnicott con “la preocupación maternal primaria”<sup>6</sup>, Brazelton y Cramer, J. Anthony y T. Benedek<sup>7</sup> y otros.

La madre conecta su aparato mental con su hijo a través de su cuerpo, en una especial relación, que Winnicott describió como casi psicótica, pero que realmente es una regresión funcional sana y normal que la permite acercarse a los pilares que han organizado su propio edificio mental, para establecer una relación tan estrecha como la descrita “unidad madre-bebé” de Winnicott para captar y así poder responder con el bebé en ese registro físico y sensorial.

Esta regresión posibilita a la madre para estar más en contacto con medios de representación propios más arcaicos, en su encuentro con el bebé a través de su capacidad de reverie, tal como describió Bion<sup>8</sup>; capacidad que la permite ir haciéndose cargo de las diferentes necesidades tanto emocionales como físicas de su hijo, para podérselo devolver digeridas y metabolizadas como elementos alfa, manifestándose como *“imágenes visuales, o imágenes que responden a modelos auditivos, olfativos, que entran en el dominio de lo mental y por tanto ya pueden ser utilizadas para la formación de pensamientos oníricos”*<sup>9</sup>, que permitirán en una experiencia continuada el desarrollo en el bebé de su propio aparato mental. En esta línea de pensamiento D. Meltzer habla de la existencia en las etapas más primitivas de un aparato proto-mental en el que *“los pensamientos no son más que impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas, protopensamientos.*

---

5 Brazelton y Cramer “La relación más temprana”

6 D. Winnicott “Preocupación maternal primaria”. En “Escritos de pediatría y psicoanálisis”

7 J. Anthony y T. Benedek “Parentalidad”

8 Bion W “Aprendiendo de la experiencia”. Pág. 59

9 L. Grinberg et al. “Introducción a la obra de Bion”. Pág. 58

*Que se rigen por leyes más próximas a la neurofisiología que a la psicología*"<sup>10</sup>. Son los componentes corporales del yo, vislumbrado por Freud al hablar del yo corporal, y que enlaza con las ideas descritas por P. Aulagnier.

Sería simplista plantearlo en términos puramente físicos y sensoriales, puesto que si bien los órganos sensoriales sirven para establecer ese contacto y comunicación a través de la boca, piel, cenestésico, equilibrio, oído, gusto y vista; se necesita que todo ello sea investido tanto libidinal como narcisístico por la madre. Sin esa respuesta libidinal de la madre, captada por el bebé a través de sus diferentes órganos sensoriales, no se irán despertando las diferentes zonas erógenas en el bebé descritas por Freud en "Tres ensayos de teoría sexual"; estas zonas erógenas inician el despegue desde lo corporal a lo mental a través de la alucinación del deseo, como sugiere Freud en "La interpretación de los sueños" cuando dice *"el pensar no es sino el sustituto del deseo alucinado"*<sup>11</sup>. Pero necesita y requiere el reconocimiento de la madre, de que su hijo es otro distinto a ella, a través de la palabra, el juego, *"en un intercambio humanizador"* en palabras de F. Dolto<sup>12</sup>, puesto que da acceso al resto de los lenguajes, primario y secundario, que permiten ligar y dominar de forma más exitosa los diferentes afectos e impulsos.

Su fracaso puede ir desde la incapacidad de organizar un yo suficiente, como para que aparezca clínica autística o psicótica, o unas manifestaciones corporales funcionales precoces como insomnio, anorexia y vómitos que incluso pueden poner en peligro la vida del bebé. Expresión de un disfuncionamiento precoz de la díada madre-bebé.

El gran triunfo del hombre es poder desarrollar estas diferentes estructuras mentales de funcionamiento, que le permi-

---

10 D. Meltzer "Metapsicología ampliada". pág. 36

11 Freud, S "La interpretación de los sueños". Pág. 558

12 F. Dolto. "El cuerpo imaginario". Pág.19.

ten manejar la energía psíquica en su contacto tanto con la realidad externa como interna de forma exitosa y rentable. Esto le faculta ante determinadas circunstancias vitales que le generen conflicto, tanto evolutivas y por tanto normales como otras, tales como: duelos por fallecimientos, diferentes pérdidas, enfermedades, etc. para ir poniendo a prueba la capacidad de su mente de manejar y “dominar” en el sentido que le dá Freud<sup>13</sup> la energía libidinal, los afectos y emociones que esos momentos despiertan, como forma de crecimiento mental que le permite ir desarrollando una mayor autonomía e interdependencia, como sujeto en su relación con los objetos y la realidad externa. Es entonces cuando un insuficiente aparato mental se pone en evidencia y puede fracasar, dando lugar a los “*dramas somáticos*” de J. Mcdougall<sup>14</sup>, expresión según esta autora de ansiedades pregenitales y arcaicas de cualidad psicótica, a través de la descarga de estas ansiedades en un determinado órgano.

En el niño es frecuente que el cuerpo sirva de medio de expresión de ansiedades que su aparato mental no puede afrontar porque su capacidad de contenerlas y elaborarlas es superada. Aquí es donde requiere del entorno contenedor parental y de su capacidad de hacerse cargo de lo que el niño siente, de poder tolerarlo por él, acompañarle, calmarle, hablarle y ayudarle, poniendo en palabras después de un tiempo de escucha y “digestión” empática, lo que el niño siente; esta experiencia repetida va creando un espacio psíquico que le permite al niño, sostenido narcisísticamente por los padres, poder ir mentalizando fundamentalmente a través de las diferentes actividades lúdicas todo lo que siente o le genera ansiedad, no necesitando recurrir al cuerpo de forma regresiva como un espacio contenedor. F. Dolto insiste sobre la importancia del investimento narcisista por la madre de las

---

13 S.Freud “Mas allá del principio de placer”. Al describir el juego del carrete. Pág. 15

14 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 53

zonas erógenas del hijo<sup>15</sup> y de cómo su déficit se expresa corporalmente.

Kreisler en “El niño y su cuerpo” siguiendo las ideas de la escuela de psicósomática de París, describe el fracaso del yo al no alcanzar el 2.º organizador descrito por Spitz, la angustia ante el extraño. Refiere la existencia en pacientes alérgicos de unas relaciones de objeto “alérgico”, descritas por P. Marty, consistentes en mucha dificultad para separarse de ese objeto o intercambiándolo con facilidad; en este fracaso del yo se muestran las fallas en el funcionamiento del preconscious descritas por esta escuela, que traslucen una precaria capacidad simbólica y de ligazón, que en estos niños se constata por su escasa capacidad de juego al no desarrollarse suficientemente el espacio transicional; esta relación entre el preconscious y el espacio transicional las desarrolla ampliamente A. Green en su obra “De locuras privadas”<sup>16</sup>. Estos niños tienen actividades sociales parecidas al juego, pero sin contacto afectivo, sin satisfacción ni disfrute, es “una actividad práctica utilitaria”<sup>17</sup> que se acerca al pensamiento operatorio en los adultos psicósomáticos.

Así mismo Kreisler, considera como criterios positivos de evolución en el tratamiento la aparición de clínica fóbica<sup>18</sup>, expresión de un funcionamiento mental propio de este 2.º organizador del yo por el uso de la proyección como adquisición de un naciente mecanismo defensivo, y de un proceso mental nuevo que se está iniciando para intentar manejar y poder ligar las pulsiones, así como todos los afectos y fantasías movilizadas.

---

15 F. Dolto. “El cuerpo imaginario”: “la falta de investimento narcisista de zona erógenas dá lugar a vómitos...” Pág. 224

16 A. Green “De locuras privadas”: “lo preconscious es un espacio transicional entre lo inconsciente y lo consciente, entre el ello y el yo”. Pág. 331

17 Kreisler “El niño y su cuerpo”. Pág. 32

18 Kreisler “El niño y su cuerpo”: “constituye un mecanismo de curación el surgimiento de comportamientos fóbicos en un alérgico precoz”. Pág. 353

Sami-Alí en su obra “La proyección”<sup>19</sup> comenta que la proyección previamente a ser un mecanismo defensivo, está al servicio de la creación de un espacio que ayuda a diferenciar el adentro del afuera del individuo, como un espacio interior. Este es un espacio imaginario que en su otro libro “El espacio imaginario”<sup>20</sup>, describe como se va organizando a través de la experiencia sensorial de la visión binocular, que permite poner a distancia el objeto materno como forma de separación, introduciéndose la dimensión tridimensional que permite la creación de este espacio interno. Esta dimensión tridimensional contiene la relación arcaica bidimensional materna que depende más de lo táctil y cenestésico. La progresiva diferenciación respecto al cuerpo materno fusional va parejo con la aparición del lenguaje de lo imaginario que corresponde al proceso primario con su propia capacidad de representación imaginaria y fantasmática. Siendo el fracaso en el funcionamiento proyectivo descrito, así como la pérdida de la correspondiente actividad mental de representación imaginaria la que da pie a la aparición de enfermedades psicósomáticas, como *“una relación inversa entre la proyección y somatización”*<sup>21</sup>.

Es en la llamada fase del espejo cuando se van integrando las diversas experiencias sensoriales, para llegar a unificarlas en una imagen única de su propio cuerpo, cuerpo diferenciado del cuerpo de la madre. Winnicott en “Realidad y juego”<sup>22</sup>, influido por Lacan, se acerca de una manera, a mi juicio, más cercana a la realidad de la relación entre la madre y el bebé, insistiendo en su reconocimiento como persona a través de la mirada y el rostro de la madre, el bebé se ve a sí mismo a través del otro. Esta fase permite culminar un proceso de reconocimiento narcisista de la madre de las diferentes zonas eró-

---

19 Sami-Alí “La proyección”. Pág. 174

20 Sami-Alí “El espacio imaginario”. Pág. 182

21 Sami-Alí “Lo visual y lo táctil”. Pág. 99

22 D. Winnicott “Realidad y juego”. “Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño”. Pág. 147



genas del bebé, donde ella, a través de las palabras y de poner un significado y un sentido en lo que percibe en el bebé, va introduciendo un espacio psíquico que abre el camino para poder el niño pasar de la relación fusional a una relación mental<sup>23</sup>. Esto permite al niño reconocer la separación del otro a la par, como digo, que puede irse reconociendo a sí mismo. Al tiempo que puede ir tolerando y aceptando el espacio propio de la madre y su relación con otros. Estas ideas han sido magistralmente descritas por F. Dolto en su obra “la imagen inconsciente del cuerpo”<sup>24</sup> que insiste en la importancia del aspecto relacional y simbólico junto al escópico.

Cuando ha existido un déficit en esta relación narcisista, sostén para el reconocimiento del niño como sujeto, es cuando se va cerrando la posibilidad de expresión psíquica y simbólica de una fantasmática que solo encuentra como salida de expresión el cuerpo y el órgano correspondiente. Mi hipótesis es acercarme al cerebro como un órgano soporte de sus funciones mentales, que necesita ser investido y sostenido narcisísticamente por el otro, la madre; y cuyo fracaso en ese reconocimiento puede dar lugar a crisis epilépticas, muy cercanas a crisis psicóticas, existiendo ansiedades pregenitales relacionadas a la muerte, tanto propia como de otros, y que son percibidas tan peligrosas que necesita descargarlas en el cuerpo. Ideas apoyadas en la lectura del libro de J. McDougall “Teatros del cuerpo” en el que relaciona los síntomas psicósomáticos con la histeria arcaica en el que el conflicto gira alrededor de ansiedades psicóticas relacionadas con la separación de la madre<sup>25</sup>.

---

23 D. Winnicott “La mente y su relación con el psiquesoma” (1949) en Escritos de pediatría y psicoanálisis. “La mente como función del psiquesoma. Y la psique se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas”. Pág. 332

24 F. Dolto “La imagen inconsciente del cuerpo”. “La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan solo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual se reconoce al tiempo que él reconoce a esa persona”. Pág. 122

## ASPECTOS PSICODINÁMICOS EN LA EPILEPSIA INFANTIL

He de confesar que mi formación médica ha marcado durante un tiempo una impronta para pensar y ver como exclusivamente neurológico la epilepsia infantil. Sin embargo, de forma imperceptible, la realidad clínica de algunos pacientes me hizo empezar a observar elementos psicológicos, que me llevaron a prestarles cada vez más atención y estudiar en la bibliografía las diferentes descripciones y trabajos sobre este tema.

Muchos autores y especialmente B. Soulas y G. Broussaud<sup>26</sup>, y aquí la monografía recopilada por Díez Cuervo<sup>27</sup> han descrito la interrelación entre la epilepsia y factores psicológicos tanto en los adultos como en niños. Se describe su viscosidad y forma de pensar lenta y pegajosa, que se atribuye tanto a razones genéticas, como a daños cerebrales por el efecto lesional de las propias crisis epilépticas; también se señala la respuesta psicológica del entorno y la posibilidad de convertirse en chivo expiatorio de la familia, así como a los efectos secundarios de la propia medicación.

Freud en su trabajo “Dostojewski y el parricidio”<sup>28</sup>, describe la importancia de la muerte o de los impulsos de muerte en este autor que padecía de ataques epilépticos; aunque Freud lo planteó como una conflictiva histérica relacionada a deseos parricidas por rivalidad edípica, otros autores han ido mostrando cómo la presencia de la muerte en estos pacientes es expresión de una problemática pregenital, posición con la que estoy más de acuerdo. No es lo mismo desear o fantasear

---

25 J. Mcdougall “Teatros del cuerpo”. “La histeria arcaica, el conflicto gira más sobre el derecho a existir, más que el derecho a satisfacer deseos libidinales”. Pág.74

26 B. Soulas y G. Broussaud “La epilepsia infantil”. En Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo II

27 Díez Cuervo “Epilepsia y psiquiatría”

28 Freud (1928) “Dostojewski y el parricidio”. OC. T. xxi

matar a alguien, a realmente creer que lo mata por pensarlo o que le maten a él.

Soulas y Broussaud indican la posibilidad de que *“algunos epilépticos acaben siendo psicóticos, tanto por perturbaciones afectivas antiguas que han contribuido a la aparición de la comicialidad; como al revés que las crisis epilépticas provocan una ruptura o una profunda modificación del contacto con la realidad”*<sup>29</sup>. Algo que ya adelantó S. Ferenczi al describir las crisis epilépticas como *“ruptura de todo contacto con el mundo exterior”*<sup>30</sup>. Otros autores como Bouchard et al. (1975)<sup>31</sup>, Soulayrol et al (1980)<sup>32</sup>, plantean que ante la incapacidad del yo del niño de organizar defensas ante estas ansiedades pregenitales o psicóticas, como las descritas por M. Klein tales como disociación e identificación proyectiva, se recurre a un mecanismo más arcaico a través del cuerpo o un determinado órgano, en este caso el cerebro. En esta línea de pensamiento S. Bourdaire et al. (1978) sugiere la hipótesis sobre las crisis epilépticas de ser *“un mecanismo de defensa más arcaico aún que el clivaje en los sujetos psicóticos”*<sup>33</sup>. Siguiendo estas ideas Delwarde et al. en su artículo *“Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces”*<sup>34</sup> intentan tratar el síndrome de West como el autismo en hospitales de día, con un relativo éxito destacando el retiro de la medicación anticomicial en general. R. Misés en *“El niño deficiente mental”* describe en el síndrome de pequeño mal la relación entre su psicopatología *“con la personalidad del enfermo, más que ser engendradas por la enfer-*

---

29 *Ibidem*. Pág. 255

30 S. Ferenczi *“A propósito de la crisis epiléptica”*. O.C. Psicoanálisis. T. III. Pág.168

31 Bouchard et al *“Lo epilepsie essentielle de l'enfant”* PUF 1975

32 Soulayrol et al *“Psychose de l'enfant et épilepsie”*. Neuropsychiatrie de l'enfance 1980; 28,3:77-78

33 S. Bourdaire et al *“Les associations psychose. épilepsie chez l'enfant”*. Journee de L'hopital Sainte-Anne. Abril 1978. Pág. 5

34 Delwarde et al *“Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces”*

*medad en curso*<sup>35</sup>. A. Anzieu en el libro de D. Anzieu “Las envolturas psíquicas” tiene un capítulo en el que siguiendo las ideas de McDougall de la histeria arcaica, describe cómo el exceso de excitación es descargado de forma convulsiva en crisis epilépticas o en una fobia aguda, por insuficiente desarrollo de la protección antiestímulo<sup>36</sup>.

En la decena de casos estudiados por mí remitidos en su mayoría por el neuropediatra, con la característica común de resistencia a la acción farmacológica de la medicación antimicrobial y por consiguiente dificultad en el control clínico de la sintomatología epiléptica. Su diagnóstico clínico oscilaba desde la psicosis al trastorno de personalidad. A lo largo de este trabajo intentaré mostrar la unidad del conflicto que se expresa utilizando la vía corporal, con manifestaciones o signos de tipo neurológico, y la vía psíquica cuyas manifestaciones son de tipo psicopatológico. Existiendo una interrelación, como he descrito en el apartado anterior sobre psicósomática, entre el fracaso de la vía mental para dominar las pulsiones y el recurso al cuerpo. Todo ello lo iré ilustrando con material clínico que muestre la conflictiva mental inconsciente del niño, sus ansiedades y las defensas que utiliza, expresión de una organización yoica precaria. Así como de las fallas mentales de los padres, principalmente de la madre.

## **LA RELACIÓN FUSIONAL Y NARCISISTA CON LA MADRE**

En todos los casos he detectado una conflictiva de extrema dependencia con la madre, cuya relación fusional limita la autonomía y la separación. Sabemos por M. Klein (1978) y M. Mahler (1984) que los intentos de separación despiertan intensas ansiedades de muerte, destrucción y persecución. A diferencia de otros niños con esta conflictiva fusional

---

35 R. Misés “El niño deficiente mental”. Pág.148

36 A. Anzieu, en D. Anzieu “las envolturas psíquicas”. pág.143-4

expresada psicopatológicamente como clínica simbiótica, en estos no es tan evidente como para no impedirles relacionarse con otros niños a los que buscan y participan en sus juegos. Lo cual puede despertar múltiples interrogantes dada la intensidad de las ansiedades de muerte que luego mostraré.

Con estos niños tengo la impresión como si el cuerpo y sus síntomas epilépticos sirvieran como un espacio de contención de la conflictiva psicótica, acorde con las ideas de J. McDougall, que dice *“para salvar al yo de una muerte psíquica, se descarga al cuerpo las tensiones.”*<sup>37</sup>. En mi experiencia parece que a veces a la espera de una mejora en las capacidades mentales de contención del propio niño así como de los padres, que les permita una elaboración de esta relación fusional. Un intento en definitiva de demorar la resolución de unas ansiedades que en ese momento no pueden ser afrontadas ni por el niño ni por los padres; no ignorando el efecto protector y contenedor para los padres de un tratamiento farmacológico, un apoyo médico y un diagnóstico que no cuestiona el funcionamiento mental y la capacidad de los padres ni del niño, algo que no debemos subestimar. Creo que debo dejar las conjeturas y adentrarme a mi experiencia concreta.

En todos los casos he observado una implicación de los padres, cuyas dificultades personales están jugando un papel importante, al interferir los intentos de elaboración mental del niño, impidiendo por tanto el proceso normal de separación e individuación de éste; llegando al extremo de invadir intrusivamente este espacio mental naciente del hijo como para provocar una desorganización psicótica. Lo mostraré con una ilustración que es un resumen de unas entrevistas

Es un niño de 11 años que padece “Status eléctrico del sueño” resistente a la acción de los fármacos según el informe de su neurólogo. Los padres relatan que es hijo único, adoptado con un mes aproximadamente, se crió bien sin

---

37 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 75-79

detectar nada reseñable en la valoración diagnóstica. Con dos años le cambiaron a su propio cuarto con ansiedad por la madre que iba frecuentemente a verle, ante el temor de que se ahogara con el chupete, sin embargo el niño dormía bien acompañado de una oveja de peluche con la que se encariñó. Empezó el preescolar con 4 años adaptándose bien, jugando y relacionándose con otros niños sin problemas, continuando en el mismo colegio la EGB y siendo su rendimiento escolar el primer año aceptable, fue al finalizar ese curso cuando empezó a estancarse. Comentan que el niño era desigual en la expresión de sus afectos a veces poco cariñoso y otras muy impulsivo. Con 6 años y 9 meses, en Junio, los padres deciden informarle de que es adoptado sin existir demanda ni preguntas del niño, me dicen “el niño no asimila que fuese adoptado”, su reacción fue de “no le dio importancia ni aprecio”. Dos meses más tarde estando en el pueblo de vacaciones presencié la muerte de la abuela materna por la noche, a la que quería mucho; “estuvo una semana diciendo que tenía miedo por la noche al acostarse”, me comentan que “no lloró, se quedó cortado, su primo que también estaba sí hacía preguntas y lloraba, pero él no”; casi un mes después aparecen “crisis” multisintomáticas en las que aparece llanto pero sin articular palabra alguna, otras veces está ausente o pierde el conocimiento cayéndose al suelo con convulsiones que duraban casi 5 minutos; desde hace años estas crisis son sólo por la noche, se pone rígido y abre los ojos. Desde entonces el niño cambió. se hizo rebelde, “como si tuviera rabia a la madre, luego la extendió al padre y al resto de la familia, lleva la contraria en todo”; esta sintomatología desborda la capacidad de los padres que responden agresivamente con castigos físicos el padre o hasta enzarzarse en una pelea la madre con el hijo, o llegar a la ruptura de su juguete preferido por parte de la madre. Me comentan su desorientación temporal y espacial, mezclando el final con el principio de una frase impidiéndole contar las cosas, lo confunde todo; mal rendimiento escolar aunque allí si obedece y acepta las normas. Ha tenido

varios accidentes porque cruza la carretera sin mirar, “es un alocado no ve el peligro”.

Me sorprende la actitud emocional de los padres que hablan del hijo sin angustia ni preocupación, se ríen; no son capaces de poder relacionar mínimamente, ante mis preguntas o sugerencias, la sintomatología del hijo con situaciones emocionalmente importantes para el niño, centrándose sólo en la epilepsia; esta incapacidad de reconocer un espacio emocional y psíquico en el niño, a pesar de compararle con el primo en el que sí reconocen ese espacio emocional y mental, les impide reconocer y acompañar al niño cuando expresaba el miedo que sentía por la noche. La respuesta de la madre fue dormir durante 3 años con el hijo “por miedo a que le pasara algo por la noche”.

Parece que el niño hace un intento en el terreno mental de expresar lo que siente, durante una semana habla de sus miedos al acostarse en un intento proyectivo de crear un espacio imaginario, en el sentido de Sami-Alí, espacio que desaparece al empezar las crisis epilépticas casi un mes después. La poca empatía emocional que detecté en los padres durante la entrevista por un lado, así como la respuesta patológica de la madre al ser incapaz de contener sus propias emociones y fantasías de muerte por la pérdida de su propia madre, proyectadas en el hijo cuando se va a dormir durante 3 años con él; trae como consecuencia no sólo la falta de reconocimiento en el niño de su propio espacio mental y emocional, sino la invasión de su precario espacio mental, desorganizando el frágil yo del niño, que al faltarle un sostén narcisista en la madre es incapaz de mantener sus capacidades de elaboración mental regresando a un funcionamiento corporal a través de las crisis epilépticas.

En la primera entrevista el niño tiene una actitud maníaca, riéndose constantemente, con desprecio hacia todo el mundo, de sentirse superior a todos, les hace trampa en los juegos, etc. me habla con risas de un atropello que sufrió “iba en bici

y abollé el coche, je, je, je (riéndose), qué miedo pasaron mi madre y mi tía”.

Le digo que riéndose no tiene que enterarse del miedo, me contesta, “a veces tengo esos pensamientos (hace gestos con la mano como para apartar algo), pero los olvido”, y “por las noches me pongo a contar chistes”. A continuación empieza a hablarme de múltiples accidentes que ha tenido: caídas corriendo y con la bicicleta, o de ir en coche y tener un accidente. En la siguiente entrevista habla de animales que han parido, “una perra tonta que tuvo hijos y no los atendía”, me dice que murió la perra y luego su hijo atropellado por un tren. A continuación se pone a dibujar un Nacimiento, dice “San José está furioso con María, y Herodes que va a matar a los niños”.

Creo que el niño trae en las dos entrevistas unas vivencias de muerte de las que se defiende con sus defensas maníacas de negación, riéndose y de identificación proyectiva buscando que otros sientan miedo por él; mientras que en la segunda entrevista muestra una gran desesperanza, una madre que no atiende y que muere tanto ella como su hijo. Desesperanza traída luego en las sesiones de psicoterapia cuando el niño me planteaba preocupado, si yo podré ayudarle a arreglar algo suyo, a través de un dibujo donde el techo de su casa gotea porque él es despreocupado, me dice que tiene olvidos y deja los grifos abiertos, y me pregunta “¿qué harás si me da la epilepsia?, porque ya sabes lo que puede pasar..., que puedo matar a un niño”.

En estos niños he detectado una severa conflictiva relacionada con pensamientos de muerte propia o de poder matar a otros, por la intensidad de sus sentimientos agresivos, como el niño expuesto, llevándoles a una severa inhibición de su agresividad. Estas ideas de muerte e incluso intentos de suicidio están escenificadas en el “drama somático” del ataque epiléptico, con el que se enganchan las propias fantasías inconscientes de muerte de la madre. Todo lo cual refuerza una rela-



ción fusional ya preexistente, encubierto ahora por la crisis epiléptica como muerte. Esto explica las muchas dificultades de muchas madres de aceptar las explicaciones médicas que no la calman ni tranquilizan, donde se injerta el fantasma de la muerte al ataque epiléptico.

En este niño la percepción de sus impulsos mortíferos los puede verbalizar, creyendo que puede matar a otro niño cuando le da la epilepsia, en un contexto en el que se interroga y también me interroga sobre mi capacidad de protegerle de ello, así como de si los toleraré y no me asustaré, para ayudarle a reparar el daño mental sufrido, mostrado en el dibujo a través del techo-cabeza de su casa que gotea porque él es despreocupado y se olvida de cerrar los grifos. Olvido que tiene tanto un carácter de defensa maniaca para evitar percibir y enterarse del miedo que siente ante estos pensamientos de muerte, como me mostró en la primera entrevista “a veces tengo esos pensamientos, pero los olvido, y por las noches me pongo a contar chistes”; siendo este funcionamiento maniaco, despreocupado y olvidadizo, el que daña su techo-cabeza. Como también en ese olvido y despreocupación él se está identificando a una madre interna mortífera, como la perra tonta que no atiende, que abandona y acaba muriendo ella y el hijo.

### **LA CRISIS EPILÉPTICA COMO “DRAMA MELANCÓLICO”.**

Sabemos por M. Klein que las intensas ansiedades de muerte que aparecen están relacionadas con sus impulsos y fantasías agresivas en conflicto ambivalente con los amorosos, impidiendo la integración del yo y del objeto para acceder a la posición depresiva, necesaria para afrontar cualquier pérdida<sup>38</sup> Tanto en este niño como en el resto, en mayor o menor intensidad la existencia de estos impulsos agresivos les crean gra-

---

38 H. Segal “Introducción a la obra de M.Klein”. “El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios”. Pág. 76

ves dificultades para enfrentarse a una pérdida o una separación, impidiéndoles afrontar una situación de duelo o la existencia de un duelo sin resolución. Es sugerente, en el niño anterior, que es la noche el momento en el que aparecen las crisis y cuando tiene que contarse chistes para alejar pensamientos de miedo, como me dijo en la primera entrevista, y precisamente es por la noche cuando la abuela muere.

Freud en su obra “El yo y el ello” describe cómo el superyo es el depositario de los propios impulsos agresivos e incluso de la pulsión de muerte<sup>39</sup>, independiente a la realidad del objeto. En la melancolía los ataques internos por parte del superyo van dirigidos al yo, que es la “*sombra del objeto perdido*”<sup>40</sup> dada la relación narcisista que mantenía con el objeto. Describe que la intensa severidad del superyo en el melancólico proviene de su contacto directo con “*el sadismo disponible en el individuo*”<sup>41</sup> y por tanto con el ello inconsciente. Planteando la interrelación entre el control y sujeción de la agresividad y el incremento de la severidad y agresividad del superyo contra el yo<sup>42</sup>.

En estos niños observo que en un intento de controlar sus impulsos agresivos, estos quedan en su propio espacio interior corporal al no poder dirigirlos hacia el exterior. Dichos impulsos agresivos son expresión de una rabia primitiva enorme por la pérdida de una relación narcisista y fusional, o de un estado narcisista que equilibra al niño, como un falo, y que le permite mantener la fantasía de fusión narcisista, relación fusional con la madre como he descrito anteriormente; esta agresividad inconsciente parece alimentar un superyo con características

---

39 S. Freud “El yo y el ello”: “diríamos que el componente destructivo se ha depositado en el superyo y se ha vuelto hacia el yo. Lo que ahora gobierna en el superyo es como un cultivo puro de la pulsión de muerte... que puede empujar al yo a la muerte”. Pág. 54

40 S. Freud “Duelo y melancolía”. Pág. 246

41 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 53-54

42 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 55

melancólicas atacando su yo corporal a través de su cabeza, algo que parece insinuar también Freud al decir que “*el ataque epiléptico es producto e indicio de una desmezcla de pulsiones*”<sup>43</sup> refiriéndose a la pulsión de muerte.

Quiero ilustrarlo con una viñeta de un niño de 10 años que padecía epilepsia focal criptogénica con crisis parciales complejas y foco frontal izquierdo, según informe del neuropediatra. Después de hablarme de los ataques que tiene por la noche y que le despiertan, sin sueños ni pensamientos acompañantes que recuerde, se pone a dibujar por sugerencia mía. “Un señor va a ser rescatado porque ha sufrido el ataque de un águila, con su pico en la cabeza, perdió el conocimiento. Me comenta que el águila está muy enfadada al sentirse invadida, porque ella tiene el nido en la roca, precisándome que la estaba escalando el señor. Ahora viene el servicio de rescate a darle suero y que recupere la cabeza”.

Le planteo la relación entre el ataque del águila y los ataques epilépticos, de cómo él se siente de enfadado, como el águila, cuando se siente invadido por otros (en otras sesiones me habló de niños y profesores que siente amenazadores), parece que toda esa rabia que no puedes sacar se convierte dentro de ti como un águila que ataca tu cabeza, y pierdes el conocimiento y ya no piensas, como el señor del dibujo. Al venir aquí puedes sentir que te ayudaré a recuperar la cabeza y poder pensar y entender lo que te pasa. El niño no dice nada, pero completa el dibujo poniendo luces “para ver por la noche”.

Este niño puede representar a través del dibujo ese “drama somático” en donde la agresividad retenida se expresa como un ataque interno a su propia cabeza. Cabeza que condensa por un lado las personas que siente le invaden como rivales, que amenazan el nido en la roca, como una imagen de su relación con la madre fusional, imagen fálica, que le dá una satisfacción narcisista de seguridad y dominio; desencadenando contra esos rivales, el padre, los ataques destructivos; no

---

43 S. Freud “El yo y el ello”. Pág. 42

pudiendo aceptar la castración por la pérdida narcisista que conlleva, impidiéndole que su superyo narcisista y arcaico<sup>44</sup> con características persecutorias en el sentido de M. Klein<sup>45</sup> pueda evolucionar hacia un superyo edípico, con características ambivalentes donde se percibe tanto lo peligroso y castigador junto a lo amoroso y protector de la figura parental, fruto todo ello de un acceso a la posición depresiva. Por otro lado la cabeza expresa su capacidad de pensar y las capacidades de mentalización que le permiten manejar sus impulsos, en este caso agresivos, tanto verbalmente como jugando y soñando, o incluso físicamente pegándose contra otros niños. El fracaso en el uso de estas capacidades de mentalización se manifiesta con las pesadillas frecuentes (relatado por los padres) así como los ataques epilépticos en la noche.

Las características de gravedad de este “drama melancólico” dependen del grado de evolución y maduración del yo y el superyo, como se puede observar comparando este niño con el anterior; desde un punto de vista clínico este niño lo diagnosticaría como un trastorno de personalidad mientras que el primero es una psicosis. También se observará en el tercer caso que luego mostraré.

## **LA LUCHA CONTRA LA PERCEPCIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA DEL DOLOR MENTAL. LA FUNCIÓN DE CONTENCIÓN.**

En estos niños también he detectado un gran dolor mental cuando su mente intenta usar sus capacidades de pensar, sentir, percibir y enterarse de la realidad psíquica. Dolor eficazmente eliminado a través de la pérdida de conciencia o la

---

44 B.Grunberger “El narcisismo”. Págs. 88-89

45 M. Klein “Estadios tempranos del conflicto edípico”. “La conexión entre la formación del superyo y las fases pregenitales del desarrollo es muy importante desde dos puntos de vista. Por un lado el sentimiento de culpa, se vincula con las fases oral y anal sádica y por otro lado el superyo aparece cuando predominan estas fases, lo que explica su sádica severidad”. Pag.39

ausencia, que elimina e interrumpe la actividad mental de pensamiento. Este dolor tiene que ver con lo insoportable que supone para el niño el reconocimiento de la separación de la madre, de la que depende vitalmente tanto física como emocionalmente, protegiendo su frágil self mediante este funcionamiento corporal; estas ideas ya fueron sugeridas por J. Ajuriaguerra que decía *“la aparición de descargas electroencefalográficas o de ausencias pueden ser un medio de escapar a la toma de conciencia, demasiado cargada de afectos amenazantes”*<sup>46</sup>.

Sobre esta evidencia clínica observable en las sesiones psicoterápicas, se puede inferir cómo la función psíquica de toma de conciencia, que permite percibir el sentimiento doloroso ante determinada realidad externa e interna, se apoya sobre el órgano correspondiente que es el cerebro en este caso; siguiendo las ideas de D. Anzieu en su obra *“El Yo-Piel”*<sup>47</sup>, *“toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”*, apoyando su argumentación en razones también embriológicas dado que tanto la piel, que es la superficie del cuerpo capaz de mantener el contacto con el exterior, así como el cerebro derivan de la misma estructura embrionaria, el ectodermo. Ideas expuestas por Freud en el capítulo séptimo de la *“Interpretación de los sueños”* describiendo que la conciencia es *“el órgano sensorial para la aprehensión de cualidades psíquicas”*<sup>48</sup>.

---

46 J. Ajuriaguerra *“Manual de psiquiatría infantil”*. Masson, 1983. Pág. 554-555

47 D. Anzieu *“El Yo-Piel”*: *“toda función psíquica de desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”*...”Esto sucede también con el yo consciente... que tiende a ocupar la superficie en contacto con el exterior. Igualmente se sabe que la piel (superficie del cuerpo) y el cerebro (superficie del sistema nervioso) derivan de la misma estructura emrionaria, el ectodermo”. Pág. 107

48 Freud S. *“La interpretación de los sueños”*. Pág. 566

Esta dificultad de sentir y reconocer un sentimiento doloroso, así como de poder tolerarlo internamente para intentar elaborarlo, requiere un proceso que pasa por la relación terapéutica, poniendo a prueba las capacidades perceptivas y de contención del profesional. Destacando la necesidad de que el terapeuta se haga cargo de ese dolor, al buscar como un cuerpo mental contenedor que sienta por él, similar al yo auxiliar en el sentido de Winnicott. Son niños que captan tu estado emocional así como tu capacidad física y corporal de estar con ellos atentos y pendientes; detectan tu distracción y cansancio, obligándote contratransferencialmente durante la sesión a conectar estados emocionales propios con lo que observas en la sesión, como puede ser un cambio repentino de juego o su interrupción, aparición brusca de impulsos agresivos, querer dejar la sesión, por ejemplo. Estableciéndose una relación muy fusional, de extrema dependencia, donde uno es el soporte narcisista de funciones mentales y otras muy frágiles del niño, a través de mecanismos de identificación proyectiva, de los que uno tiene que hacerse cargo. Todo ello se puede observar en un proceso terapéutico en el que el niño necesita que el terapeuta se haga cargo mentalmente de ansiedades, sentimientos y pensamientos intolerables para él. Lo que me sugiere un cierto fracaso en la relación con la madre, incapaz de ofrecer su aparato mental con su capacidad de reverie para permitir al hijo desarrollar su propio sistema psíquico.

Mostraré a tal fin fragmentos de unas sesiones de una niña de 8 años, la mayor de tres hermanas, que estuvo en psicoterapia durante 3 años por graves problemas de aprendizaje y que tenía ausencias de pequeño mal, observándose la relación entre el fracaso mental para desarrollar defensas por el yo, que permitan tolerar y manejar pensamientos y ansiedades persecutorias, con la sintomatología epiléptica.

En una sesión tras un año de tratamiento y después de unas vacaciones de Navidad, (en ese tiempo previamente la profesora preocupada me había informado de que la ve distra-

ída en clase, pasiva y que no aprende nada), la niña me dice “en el colegio noto mareos... me mareo y se me olvida todo ... todo lo que hago, como los números, luego pienso y me acuerdo. Cuando me mareo tengo pensamientos malos”.

¿Qué pensamientos malos? pregunto yo, (de alguna forma yo asocio lo que la niña llama mareo con esos episodios de síntomas de ausencias).

“Soldados que disparan pistolas, y los niños gritan ¡ay!, ¡ay!, asustados. También tengo pensamientos buenos como de querer tener un caballo. Solo los malos cuando tengo mareos”.

En la misma sesión me comenta que ayer su hermana, la segunda, la pegó porque intentaba proteger la paciente a la menor. Le pregunto si se enfadó, contestándome.

“No sentí enfado, pero noté el mareo, me caía, temblaba, sentía miedo”

¿Porqué no te enfadaste?

“Tengo un pensamiento que me detiene”.

Ante mi pregunta sobre qué piensa, se calla e intervengo diciéndola que debe imaginar que enfadarse o tener pensamientos enfadados debe ser muy peligroso para tener que detenerlos y dejar de pensar, por eso los olvida y viene el mareo.

Un año más tarde, viene la niña a la sesión muy sonriente volviendo a hablarme de sus mareos que ya reconoce están relacionados con situaciones que le despiertan enfados, como con su hermana o la guerra de los muñequitos, un juego del que estuvimos hablando sesiones previas. Me comenta que estos mareos la tienen preocupada y la distraen en clase, no pudiendo atender. A continuación habla por primera vez del miedo que sintió al subir en el ascensor cuando venía a la sesión, dice que es oscuro, lento y teme un accidente. Me pregunta ¿qué podría hacer yo?

Le digo, no estás segura de qué forma yo puedo ayudarte cuando tienes miedos, miedos a accidentes como el del ascensor, y otros miedos que tu piensas.

Pasa a hablarme de miedos a películas, pero le cuesta describirlos ante mis preguntas, me contesta con otras preguntas sobre si yo tengo miedo a las películas.

Le digo, que debe de creer que yo me puedo asustar como ella, si me habla de sus miedos, y por lo tanto que yo no la pueda ayudar ni entender lo que la pasa, lo mismo que ella que está asustada y no entiende.

Propone un juego y me pide que hable mientras ella juega.

“Es un elefante muy hambriento que tiene tanto hambre que quiere devorar la tripa de la señora. La señora le da comida a cambio”. A continuación habla de un terremoto que ha estropeado una ciudad, se pone a ordenar los juguetes que están sobre la mesa y aparta la basura a un lado.

La digo, necesitas que yo hable, porque si no hablo sientes tanta hambre como el elefante y tanta rabia como para romper la ciudad o devorar mi barriga y mi cabeza. Me haces ver el miedo que tú tienes a estos sentimientos que son como terremotos dentro de ti.

Se pone a jugar con los muñecos que se van de excursión con el coche, me dice “mira cómo tiemblo”.

Le digo, puedes sentir que tu cuerpo tiembla asustado de estos sentimientos y pensamientos terremotos, que sientes tan peligrosos y que hacen daño.

“Puede ser”, contesta en voz baja. Se queda pensativa y pasados unos minutos me pregunta, ¿ves otros niños?

¿Qué imaginas?

“Deben de ser bebés.. y ¿les ayudas?... y ¿les entiendes?”.

Comento, quieres saber si yo entenderé de tus miedos, que sientes como un bebé, y si yo podré entenderte y ayudarte.

En la sesión siguiente me pide que yo haga de niño que está muy triste y me dice, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí. Yo me imagino lo que piensas y sientes,... Llorar es bueno, si no lo haces



explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiemblos de miedo”.

Como un terremoto, digo yo.

“Sí”, me pide que nos veamos más frecuentemente, mientras escribe en un papel “separada pesaenmi”.

La niña necesita que yo me haga cargo de parte de su mundo interno que siente intolerable, peligroso y destructivo como el terremoto, esto la permite reconocerlo pero al tiempo jugar a que yo lo represente por ella, “te pasa como a mí”, necesita que yo acepte la identificación proyectiva de sus aspectos más tristes e intolerables, pudiendo entonces hablar de sus dificultades “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza”, así como de la necesidad de llorar para no explotar por dentro. El mensaje escrito “separada pesaenmi”, recogía de forma condensada tanto la gran densidad emocional de forma muy física y corporal a través del peso que sentía (pesa), y al tiempo piensa en mí, como una relación en la que me puede sentir que mentalmente yo la tengo en cuenta, imagen interna contenedora y capaz de poner palabras y pensamientos a su mundo interno.

Se pueden comentar varios aspectos de estas sesiones dada la riqueza del material, entre otros todo lo relacionado con sus fantasías agresivas vividas tan peligrosas, ya expuestas anteriormente; en este material mostrado destacaría el uso del cuerpo para expresar lo que no puede reconocer y sentir mentalmente, “no sentí enfado, pero noté el mareo, me caía, temblaba, sentía miedo”, sirviendo el cuerpo como un espacio contenedor, ante la fragilidad de su yo de servir como espacio de contención psíquica para poder percibir.

Por otro lado las características tan destructivas y peligrosas de sus sentimientos y pensamientos, cargados de tanta rabia como para matar a alguien o que la maten a ella, y de intentarlo con el objeto malo que la abandona; como cuando comenta asustada “soldados que disparan pistolas, y los niños gritan asustados”, o “el elefante muy hambriento que tiene

tanto hambre que quiere devorar la tripa de la señora” así como el “terremoto que estropea una ciudad”. Su yo no puede recurrir a defensas mentales como de proyección, disociación o identificación proyectiva, que se manifiesten con una sintomatología psicótica, sino que quedan estos contenidos en su cuerpo. Último reducto para controlar el riesgo a la destrucción mental y del objeto, ideas en las que soy deudor de B. Rosenberg (1998)<sup>49</sup>, así como muy próximas a las de E. Gaddini (1982)<sup>50</sup> al referirse al síndrome psicofísico como último medio defensivo del self para protegerse después de una separación patológica al faltar otros medios de defensa.

Antes decía que estos niños pasan por largas temporadas en las que te necesitan como un yo auxiliar. Sus posiblemente malas experiencias con sus figuras parentales les hacen asegurarse de esta función de contención del terapeuta. Esta niña tenía la necesidad constante y repetida de sentirse segura de mí como objeto mental fiable y contenedor, para utilizarme en el sentido de Winnicott<sup>51</sup> como un juguete mental para ella, al pedirme que yo haga de niño que está muy triste. Necesidad también presente en los dos casos anteriores cuando el primero me interrogaba “¿qué harás si me da la epilepsia?” y el otro que me veía a mí como “el servicio de rescate a darle suero y que recupere la cabeza”.

---

49 B. Rosenberg “Pulsión y somatización o el yo, el masoquismo y el narcisismo en psicósomática”. Rev. Fran. de Psych. N° 5,1998. Traducción de J. Alarcón y M. Zubiri (Sepia). “La solución psicósomática interviene cuando la solución psicótica, es decir la de escisión del yo, no es (o no puede ser) utilizada”. Pág. 5

50 E. Gaddini “Early defensive fantasies and the psychoanalytical process”. Int. J. Psy. 1982. Vol. 63.”Esta defensa es elemental (elemental no significa simple) y muestra en una manifestación física. -en un específico funcionamiento corporal patológico- un específico conflicto psíquico, acompañado de sufrimiento”. Pág. 381

51 D. Winnicott “Realidad y juego”. Pág. 118

## LA INTEGRACIÓN DEPRESIVA, PASO HACIA LA MENTALIZACIÓN

Poder hacerse cargo mentalmente de la realidad mental es dolorosa, como cuando la niña me dice, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí... llorar es bueno, sino lo haces explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiembblas de miedo”. Esto posibilita un acercamiento a una posición depresiva, en el sentido descrito por M. Klein, que permite una integración del objeto así como en paralelo indica un yo más fuerte, capaz de tolerar el dolor depresivo que le permite una mayor independencia del objeto.

Esta niña fue capaz de reintegrar en su discurso y en definitiva hacerse cargo de algo lejano no sólo en el tiempo sino extraño en su historia personal. Cuando llevábamos casi dos años de tratamiento la niña habla por primera vez a través de una amiga de su madre, a la que informó y la madre posteriormente a mí, de un intento de suicidio cuando tenía casi 6 años, tirándose desde una ventana de 3 metros de altura con fractura del tobillo y de la muñeca. Contó que lo hizo para fastidiar a la tía, que la dejó sola en casa para ir de compras. En ese período durante las sesiones estábamos viendo la intensa rabia que sentía hacia mí por un muñeco que estaba extraviado, en una relación transferencial donde yo era la mala madre que extravió y pierdo algo suyo; sentía tanta rabia como para decir, a través de la escenificación del juego, “como no aparezca yo me mato” buscando que la mamá en el juego se sintiera culpable. Estaba en mi opinión mostrando a través de la representación del juego un ataque al objeto interno materno frustrante matándose a sí misma, como un funcionamiento melancólico descrito por Freud en “Duelo y melancolía”. En la clínica no es fácil detectar los intentos de suicidio en los niños, siendo los accidentes habituales, fracturas y atropellos indicadores en este sentido. En esta niña la caída por la ventana se atribuyó a algo fortuito a causa de una ausencia epiléptica. S.

Ferenczi en la obra ya mencionada habla de la intencionalidad suicida presente en las crisis epilépticas<sup>52</sup>.

La psicoterapia permitió, a mi juicio, la posibilidad de hablar de algo que sólo fue dicho a través de su cuerpo, no como en la histeria neurótica. La intencionalidad, el deseo y el dolor quedaban anulados, porque quedaban referidos al cuerpo al atribuirse a lo fortuito a causa de la ausencia epiléptica. La niña necesitaba integrar en ella y hacer ver a otros, a su madre a través de su amiga, los sentimientos y vivencias relacionadas con la separación y el abandono.

## CONCLUSIONES FINALES

La pregunta que me hago es, porqué las crisis epilépticas y no otro órgano del cuerpo, o incluso patología mental clara. Mi impresión clínica es doble, por un lado y siguiendo a J. Ajuriaguerra<sup>53</sup> y D. Anzieu<sup>54</sup> que toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal; al tiempo que el desarrollo de esta función psíquica requiere el sostén y reconocimiento narcisístico del otro. Aquí la toma de conciencia de algo interno insoportable en el niño fracasa, como he descrito, por la falta del soporte narcisista parental a la función mental naciente y precaria que el niño tiene, llevándole regresiva y defensivamente al cerebro como órgano corporal del que se desarrolla la función psíquica, a perder el conocimiento y por tanto la toma de conciencia correspondiente como función perceptiva; sabemos por Freud la relación entre el sistema perceptivo y la conciencia en su teorización de la primera tópic, descrito en “La interpretación de los sueños”.

---

52 S. Ferenczi “A propósito de la crisis epiléptica”. O. C. Psicoanálisis. T. III. Pág. 172-3

53 J. Ajuriaguerra “Manual de psiquiatría infantil”. Masson, 1983. Pág. 554-555

54 D. Anzieu “El Yo-Piel”: “toda función psíquica de desarrolla apoyándose en una función corporal cuyo funcionamiento transpone al plano mental”. Pág. 94-107

Por otro lado esta salida corporal con las crisis epilépticas, tengo la impresión que puede ofrecer como un compás de espera para la resolución de una conflictiva para la que no están preparados mentalmente, tanto el niño como los padres, como he descrito, evitándose el riesgo de la fractura psicótica como muerte psíquica en palabras de J. McDougall<sup>55</sup>, por la función de contención tanto farmacológica como de apoyo mental para los padre prestados por el neuropediatra.

En todos los casos he detectado un padre que aunque esté presente físicamente, sin embargo funcional y mentalmente no está disponible como padre que rescate al hijo de la relación fusional con la madre. Adoptando una actitud tanto pasiva, como de sometimiento a la madre, o alejándose y distanciándose emocional y físicamente.

El objetivo del tratamiento es ayudar mentalmente al paciente a poder tolerar el dolor despertado tanto por los intensos sentimientos de rabia y odio hacia el objeto amado que abandona y frustra, como el intenso dolor depresivo que conlleva esa pérdida; tan intensos son, como para temer que puedan matar al objeto amado, o se conviertan en tan persecutorios que amenacen con matarlo a él mismo. Algo ya descrito por M. Sperling<sup>56</sup> que plantea cómo en el tratamiento se pasa de una sintomatología comicial en el que se bloquea toda la psique, a unas defensas más organizadas contra impulsos peligrosos de muerte hacia el objeto frustrante, atacando su cabeza somatizando en el dolor de cabeza. La niña no llegó a somatizar con dolor de cabeza, pudo verbalizarlo cuando se acercaba a la posición depresiva, “no tienes ganas de hacer nada, ni de pensar, te duele la cabeza, te pasa como a mí. Yo me imagino lo que piensas y sientes... Llorar es bueno, si no lo haces explotas por dentro... no de verdad pero lo sientes y tiembles de miedo”. No encuentro mejor forma de acabar mi exposición.

---

55 J. McDougall “Teatros del cuerpo”. Pág. 75-79

56 M. Sperling (1953) “Psychodynamids and treatment of petit mal”. Int. J. Psychoan., 34: 248-252

## BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. (1983). *Manual de psiquiatría infantil*. Masson
- ANTHONY, J.; y BENEDEK, T. (1983). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- ANZIEU, A. (1990). *La envoltura histérica*. En Anzieu, D. *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu
- ANZIEU, D. (1987). *El Yo-Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva
- AULAGNIER, P (1991). *Cuerpo. Historia. Interpretación*. Buenos Aires: Paidós
- AULAGNIER, P (1991). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig.1975)
- BOUCHARD, R. y otros (1975). *L'épilepsie essentielle de l'enfant*. PUF
- BOURDAIRE, S. y otros (1978). *Les associations psychose. épilepsie chez l'enfant*. *Journee de L'hospital Sainte- Anne*. Abril 1978. Pág. 5
- BRAZELTON Y CRAMER, B (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós
- DELWARDE y otros. *Síndrome de West y/o manifestaciones autistas precoces*
- DIEZ CUERVO, A. (1989). *Epilepsia y psiquiatría*. Barcelona: Espaxs, SA
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós
- Ferenczi, S. (). *A propósito de la crisis epiléptica*. En O.C. *Psicoanálisis*. T. III
- FREUD, S. (1900) *La interpretación de los sueños*. En OC T.V. Buenos Aires: Amorrortu
- FREUD, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En OC T. VII. Amorrortu.
- FREUD, S. (1915). *Duelo y melancolía*. En OC. Vol. XIV. Amorrortu
- FREUD, S. (1920). *Mas allá del principio de placer*. En OC vol XVIII. Amorrortu
- FREUD, S. (1923). *El yo y el ello*. En OC. Amorrortu
- FREUD, S. (1928). *Dostojewski y el parricidio*. En OC T.XXI. Buenos Aires:Amorrortu
- FREUD, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. En O.C., vol XXIII. Amorrortu
- GADDINI, E. (1982). *Early defensive fantasies and the psychoanalytical process*. En *Int. J. Psy.* Vol. 63.

- GREEN, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig.1972)
- GRINBERG, L. et al. (1976). *Introducción a la obra de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRUNBERGER, B. (1979). *El narcisismo*. Buenos Aires. Trieb
- KLEIN, M. (1974). *Estadios tempranos del conflicto edípico*. Buenos Aires. Paidós
- KLEIN, M. (1978). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. En OC.III. Buenos Aires: Paidós.
- KREISLER, L. et. al. *El niño y su cuerpo*. (1974). Buenos Aires: Amorrortu
- MAHLER, M. (1984). *Separación- individuación, Estudios 2*. Buenos Aires: Paidós
- McDOUGALL, J. *Teatros del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
- MELTZER, D. (1990). *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires: Spatia
- MISÉS, R. *El niño deficiente mental*. Buenos Aires: Amorrortu
- ROSEMBERG, B. (1998). *Pulsión y somatización o el yo, el masoquismo y el narcisismo en psicósomática*". *Rev. Fran. de Psych.* N° 5, 1998. Traducción de J. Alarcón y M. Zubiri (Sepia)
- SAMI-ALÍ. (1974). *El espacio imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu
- SAMI-ALÍ. (1982). *De la proyección*. Barcelona: Petrel
- SAMI-ALÍ. (1984). *Lo visual y lo táctil*. Buenos Aires: Amorrortu
- SEGAL, H. *Introducción a la obra de M. Klein*. Buenos Aires: Paidós
- SOULAS, B; Y BROUSSAUD, G. *La epilepsia infantil*. En Lebovici S. y otros (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II, capítulo XIII. Madrid: Biblioteca Nueva
- SOULAYROL, R. y otros. (1980). *Psychose de l'enfant et épilepsie. Neuropsychiatrie de l'enfance*. 28,3:77-78
- SPELRLING, M. (1953). *Psychodynamidcs and treatment of petit mal*. En. *Int. J. Psychoan.*, 34:248-252
- WINNICOTT, D. (1949). *La mente y su relación con el psiquesoma*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia
- WINNICOTT, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa
- WINNICOTT, D. (1981). *Preocupación maternal primaria*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia (Orig. 1956)