

Artigue Gómez, Jordi
Barriocanal Gil, Eduardo
Borraz Estruch, Gemma
Cabaleiro Fabeiro, Fernando
Checa Peña, Josep
Daher, Celeste
Ferrer Tirado, Laia
Franquesa Freixas, Amelia
Garmendia Aldasoro, Begoña
Gassó Tarrida, Josep María
Gutiérrez Iradi, Jose Luis
Laita de Roda, Paula
López Morales, Sisa
López-Palop de Piquer, Beatriz
Maganto Mateo, Carmen
Manzano Alías, Aroa
Martínez Govern, Montserrat
Oriol Sánchez, Anna
Peris Hernández, Montserrat
Pombo Ruiz, Janeth
Taborda, Alejandra
Tió Rodríguez, Jorge
Tizón, Jorge Luis
Vazquez Lejárcegui, Begoña

N.º 55
1º semestre

2013

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

PSICOSIS ATÍPICA EN LA ADOLESCENCIA Y TRAUMA CRÓNICO PRECOZ. TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA*

ATYPICAL PSYCHOSIS IN ADOLESCENCE AND EARLY CHRONIC TRAUMA. TREATMENT IN DAY HOSPITAL SETTING

Paula Laita de Roda** , Eduardo Barriocanal Gil** y Beatriz López-Palop de Piquer***

RESUMEN

La relación entre las vivencias traumáticas precoces y el desarrollo posterior de trastornos psicóticos ha sido descrita ampliamente, y está en proceso de ser estudiada en mayor profundidad. Con el presente caso clínico, queremos hacer una reflexión acerca de dicha relación, así como sobre la necesidad de abordar estos casos complejos con una perspectiva terapéutica integral como la que puede ofrecer el Hospital de Día.

PALABAS CLAVE: psicosis, trauma, hospital de día, psicosis atípica.

ABSTRACT

The association between early traumatic experiences and subsequent development of psychotic disorders has been widely described, and further studies are needed. With this case report, our aim is to discuss some aspects of this association, and the need for an integral therapeutic approach in these complex cases, as can be offered in a Day Hospital setting.

KEY WORDS: psychosis, trauma, day hospital, atypical psychosis.

El caso que les presentamos quiere ser una reflexión sobre la relación entre la psicosis y las vivencias traumáticas precoces, desde la perspectiva del tratamiento en Hospital de Día, un recurso terapéutico que permite un abordaje intensivo e integral de un caso tan complejo como éste.

M. Benyakar y A. Lezica, en su estudio psicodinámico sobre la patología postraumática, (Benyakar, 2005) afirman, siguiendo los postulados de Freud, que la exposición a determinadas situaciones disruptivas, implica una exigencia de trabajo impuesta al psiquismo más allá de lo que éste tolera, obligándole a recurrir a estrategias estabilizadoras, no siempre exitosas.

En una experiencia vital se conjugan los afectos actuales desencadenados por ese evento concreto, con otros que provienen de experiencias pasadas. No sólo es importante tener en cuenta la naturaleza del hecho

* Comunicación libre presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas” tuvo lugar en San Sebastián los días 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Han colaborado otros autores: José María Calavia Balduz (Terapeuta ocupacional), Daniel Vivancos Gil (Educador), Pilar Frigolet Mayo (Enfermera). Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico “La Pradera de San Isidro”.

** Psiquiatra Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico “La Pradera de San Isidro”. COGESIN – SANITARIA. Centro concertado con la Comunidad de Madrid. Tlf.91 472 16 49 / 91 428 01 56. E-mail: hdpradera@gmail.com

** Psicólogo. E-mail: hdpradera@gmail.com

*** Psicóloga. E-mail: hdpradera@gmail.com

en sí, sino también la susceptibilidad propia del sujeto. Y además, otras circunstancias, como las condiciones psicológicas en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento, las circunstancias sociales, y, sobre todo, el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que ha vivido.

Estos autores (Benyakar, 2005) sostienen que una situación es traumática si actúa impidiendo la normal articulación entre los afectos y las representaciones, alterando las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. Por tanto, una vivencia será traumática no por ser penosa o dolorosa en sí, sino a causa de un fallo en los mecanismos de integración, de articulación entre el afecto y su representación, que quedaría asociada a la aparición de angustia automática.

O. Fenichel (Fenichel, 1966) describe, en su concepto de neurosis traumática, cómo se puede dar un bloqueo o disminución de las funciones del Yo, por el que toda la energía yoica quedaría absorbida por la tarea de procesar el impacto de lo sucedido. Las otras tareas del Yo quedan relegadas: bloqueo de las percepciones, sexualidad debilitada, fenómenos regresivos de toda clase. Esto puede acompañarse de una actitud de desvalimiento, con dependencia pasiva y regresión a intentos de control pasivo-receptivos del mundo externo.

Nuestro paciente, Yamir, es un adolescente de 15 años aproximadamente. Fue adoptado con una edad administrativa de 6 años, en un país asiático, por su madre, Antonia, en aquel momento soltera.

Fue derivado al Hospital de Día, a los pocos meses de empezar el tratamiento en el Centro de Salud Mental, para estudio y tratamiento de su problema de timidez y retraimiento en el colegio. El niño había sido diagnosticado de pubertad precoz central idiopática dos años antes, descartándose después el diagnóstico y determinándose que su edad real era de entre 3 y 4 años mayor que la administrativa.

En el colegio, Yamir se había adaptado bien los primeros dos años; fue escolarizado en un centro público, en 1º de Educación Primaria, con apoyos adecuados a sus necesidades idiomáticas. Aprendió español, a leer y a escribir, había mostrado un rendimiento adecuado a su grupo. Allí siempre le consideraron un chico afable y bueno, bien aceptado por sus compañeros, siendo popular entre sus iguales especialmente por su habilidad en los deportes. Con 9 años y medio, y coincidiendo con la irrupción del proceso puberal, mostró una detención y luego un retroceso en sus aprendizajes, se negaba a participar en las actividades grupales, hablaba en un

susurro, se aislaba... En opinión del personal educativo, el cambio físico de Yamir había sido determinante, ya que él se sabía más mayor que sus compañeros, y a la vez superado por ellos en capacidad.

De su historia, a partir del relato de la madre, sabemos que procedía de un área rural humilde, en las montañas; en su familia biológica tenía una hermana menor que él. Yamir al parecer presenció la muerte de su padre, de forma poco clara; la madre biológica pronto se casó con otro hombre, dejando a los hijos al cuidado de unos familiares, que parece que maltrataron físicamente a Yamir. A los pocos meses, le dejaron en un orfanato.

Al llegar a dicho centro, Yamir fue escolarizado por primera vez, pero en un dialecto diferente al suyo. Yamir tenía recuerdos difusos y contradictorios de esa etapa. Antonia comentaba que ya en el orfanato era un niño bastante inhibido y callado. Aunque al parecer se le recomendó que no fomentara el uso del idioma materno, al año de la adopción buscó un profesor de dicho idioma para el niño; éste comentó que, si bien no entendía el dialecto de Yamir, no parecía que el discurso fuera anómalo ni en la forma ni en el contenido.

Yamir no quería venir a España. Rechazaba a su madre, e idealizaba el recuerdo de su padre. En casa al principio, tenía rabietas desmesuradas, que incluían golpearse la cabeza con la pared o el suelo, vomitar, etc. Sólo jugaba a la Play y veía T.V. Antonia recordaba que tardó un año en llamarla mamá, pero también que le gustaba que le hicieran cosquillas, que le dieran abrazos... El concepto de su propio cuerpo, sin embargo, siempre fue un problema, desde su llegada. Se mostraba aterrorizado cuando le hacían analíticas, pensaba que de esa forma le robaban la fuerza. También, observaba que al principio, si algún niño le pegaba o le empujaba, él se quedaba quieto, nunca se defendía, decía "no puedo pegar". Se asustaba mucho de los lunares, los granos o las marcas en la piel. Cuando empezó a desarrollarse, le preocupaba mucho la hiperpigmentación de sus genitales, los veía diferentes a los de los demás niños.

Poco a poco, fue adaptándose de forma adecuada a las rutinas y normas propias de su edad y fue ganando autonomía.

Cuando supuestamente Yamir tenía 9 años, empezó a desarrollarse físicamente, y a presentar caracteres sexuales secundarios. Además, fue diagnosticado de un Síndrome de Osgood-Schlatter (una afección propia del estadio puberal, consistente en dolor intenso en rótulas y región tibial anterior, asociada al crecimiento de las epífisis óseas y el estiramiento excesivo de los tendones durante el estirón puberal). El caso fue estudiado por

Endocrinología, con sospecha de pubertad precoz; le hicieron multitud de pruebas médicas que Yamir vivió con auténtico terror. Finalmente, el pediatra llegó a la conclusión de que posiblemente su edad administrativa no se correspondía con la cronológica, calculándole entonces unos 12 ó 13 años. Yamir admitió finalmente que en el orfanato le habían insistido en no revelar su edad real, ya que en su país de origen está prohibida la adopción por encima de los 7 años. Creía que tenía efectivamente 12, según lo que le dijo su abuela.

Poco antes de iniciarse el cuadro clínico, inició una psicoterapia individual, pero la madre sentía que no le ayudó porque hablaban de su pasado y le decía cosas como que quería volverse a su país y que ella no era su familia, que estaba solo y que nadie le ayudaba.

En el momento de su derivación, Yamir presentaba un grave deterioro en todas las áreas de funcionamiento. Se mostraba inhibido, emocional y físicamente; apenas tenía discurso espontáneo, con una voz susurrada y casi ininteligible, por miedo a dañarse las cuerdas vocales. La madre decía que había perdido mucho vocabulario, con una resistencia activa a seguir aprendiendo. No permitía que nadie le tocara, y mucho menos si era de forma imprevista o brusca, a lo que podía reaccionar agresivamente. Refería multitud de dolores corporales, óseos sobre todo, pero también viscerales, de forma cambiante. Hacía multitud de interpretaciones delirantes acerca de estos síntomas, irreductibles a la argumentación lógica, así como interpretaba por ejemplo que la nuez le había salido como consecuencia de que su madre había intentado ahogarle. Se negaba a ver TV o usar el ordenador, el móvil o la cámara de fotos, por miedo a que las imágenes o la luz demasiado intensa dañasen sus ojos, o empeorasen el dolor de las rodillas.

En casa, según la madre, se mostraba indisciplinado. La madre estaba muy angustiada por las crecientes dificultades de Yamir. Allí, pasaba horas tumbado en la cama observándose las manos o las piernas. Sentía que su hijo la provocaba y jugaba con los “síntomas” para ponerla nerviosa o llamar la atención, por ejemplo, repitiendo la misma palabra durante 20 minutos.

Marcelli (Marcelli, 2009) describe tres dimensiones centrales que caracterizan el reajuste intrapsíquico propio de la adolescencia: la dimensión corporal, el problema de la identidad, y el del equilibrio entre el investimento narcisista y el investimento objetal.

En este adolescente, la angustia ligada al sentimiento de transformación corporal llega hasta la angustia de fragmentación; siguiendo a este autor, la angustia del no reconocimiento de si mismo. Por una parte, el

cuerpo está en cuestión, porque su transformación, y el descubrimiento de un cuerpo pulsional amenazan la unidad e integridad de la imagen que tiene el adolescente de sí mismo. Por otra parte, debe afrontar un reajuste de las bases mismas de su identidad, ligado tanto al proceso adolescente como al de las pérdidas vividas y al proceso de adopción. Yamir no puede aproximarse a las imágenes de sus padres, ni reconstruirse a través de nuevas identificaciones, para afrontar la desunión del Yo, por lo que se moviliza en la búsqueda sobre sí mismo: se auto observa, sin poder identificarse con lo que es, ni tampoco con sus padres o con sus iguales, con una angustia profunda (Marcelli, 2009).

En la pubertad es fundamental poder hacer el duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obliga a modificar el esquema corporal de forma drástica. También, para lograr construir la identidad adolescente, hay que construir un autoconcepto, que se va haciendo a medida que el sujeto va cambiando e integrando las concepciones que tienen de él muchas personas, grupos e instituciones, y va asimilando los valores de su entorno social (Aberastury, 2005). Yamir, aún en el trance de adaptarse a su nueva vida, y con su psiquismo dañado tempranamente, se vio sorprendido por el inicio de la pubertad, una pubertad recibida con extrañeza por parte de sus adultos significativos, y con cierto rechazo por parte de sus iguales. Además, esta inevitable manifestación de crecimiento corporal desvelaba el secreto que estaba obligado a guardar desde su llegada a España.

El aparato psíquico dañado no puede acceder al sentimiento depresivo propio de esta etapa, un verdadero proceso de duelo, por el cuerpo y las condiciones infantiles, para poder aceptar las grandes modificaciones corporales asociadas a la pubertad, que crean una gran preocupación (Aberastury, 2005). Además, es fácil suponer lo desestabilizadora que fue esta “inesperada” adolescencia para la madre, que se sintió perpleja y confusa ante la evolución de su hijo, obligándola también a afrontar el proceso de duelo por el niño que fue, que los padres han de hacer en esta fase de la vida.

Para comprender los síntomas de Yamir, podemos acudir a uno de los autores pioneros en el estudio del trauma, S. Ferenczi. (Ferenczi, 1984). Las consecuencias psíquicas del trauma son una angustia extrema, la activación subsiguiente de procesos de negación (que persiguen una ruptura con la realidad), y la escisión de la experiencia traumática, no vivida conscientemente y por tanto imposible de recordar. Esta escisión puede llegar a ser múltiple, hasta la desintegración, con lo que la personalidad fragmentada logra oponer una mayor

superficie al choque (Benyakar, 2005). Además, se pueden dar otros procesos como la identificación con el agresor, la detención de las percepciones, del pensamiento y de la cohesión de las formaciones psíquicas (parálisis psíquica autoinducida), autoseparación narcisística, progresión traumática... Además, la experiencia traumática puede activar la percepción, con la aparición de alucinaciones y delirios, en los que no está conservado el juicio de realidad. De forma típica en la hiperactivación postraumática, los estímulos externos similares al evento estresante pueden reactivar el quiste traumático.

Desde otro punto de vista, A. Schore (Schore, 2001a, 2001b), en sus estudios acerca de la afectación del desarrollo cerebral derecho (que es el predominante en la infancia) asociada al trauma temprano, describe cómo las áreas orbitofrontales están involucradas en la percepción y la regulación del dolor, y por tanto del afrontamiento de sus aspectos afectivos-motivacionales. La alteración del sistema frontolímbico lleva a un déficit en el procesamiento del dolor que proviene del cuerpo, es una pérdida “adaptativa”. El cuerpo de un niño abusado siente dolor: el individuo se disocia no sólo de los estímulos externos sino también de su mundo interno.

Podríamos entender los síntomas de Yamir como una suspensión del desarrollo afectivo, y un proceso de desomatización. Schore (Schore, 2001a) hace interesantes aportaciones al respecto de cómo el trauma infantil puede llevar a una autorregulación del afecto doloroso, dirigiendo el niño la atención lejos de sus estados emocionales internos. Un paternaje insuficiente puede contribuir al desarrollo de estrategias inadecuadas de afrontamiento del dolor normal en la infancia, o de patrones de dolor crónico, en niños que han experimentado un dolor prolongado o repetitivo como recién nacidos. El dolor del maltrato puede alterar los circuitos del dolor somático, pero los efectos del dolor asociado al trauma relacional pueden tener consecuencias aún más adversas, como la inmovilidad cataléptica, o las conductas autodestructivas.

El niño traumatizado recurre a mecanismos disociativos, regulados también por el hemisferio derecho, o al replegamiento autístico o encapsulación. Los intervalos de disociación conllevan una impermeabilidad a la comunicación de apego y a la regulación interactiva. Asimismo, la evitación de contextos emocionales, con una mayor riqueza y complejidad afectiva, impide la evolución de la inteligencia emocional del cerebro derecho.

La corteza cerebral derecha regula el procesamiento de las funciones del self. Los episodios de estrés interactivo

traumático intenso inducen alteraciones bioquímicas en él. Está implicada principalmente en el desarrollo de conductas de apego, en la activación neuroendocrina y autonómica, que median la respuesta humana al estrés y la supervivencia, y permiten al organismo afrontar el estrés y los desafíos.

Por ejemplo, se ha visto que estresores auditivos y visuales procesados a nivel inconsciente (como imágenes y sonidos de rostros amenazantes y humillantes), son potentes desencadenantes de desregulación y disociación (Schore, 2001b). Podemos pensar que en Yamir, estos mecanismos entran en funcionamiento ante el contacto físico sorpresivo, o ante miradas penetrantes o amenazantes, que no es capaz de tolerar, recurriendo a la introversión y el repliegue.

Benyakar (Benyakar, 2005) describe los elementos del “complejo traumático”, un concepto con el que, en nuestra opinión, se sintetizaría la hipótesis que explicaría la sintomatología de Yamir:

- Primero, una sensación de vacío, como “un agujero en la trama vivencial” que no se ha podido reparar.
- Segundo, una vivencia de desvalimiento, ya que la persona se siente incapaz de procesar la experiencia a nivel psíquico: porque no se siente capaz de interactuar con el medio de forma adecuada, y también porque percibe su propia incapacidad, como si no tuviera los recursos para articular esa vivencia. Tiene la extraña sensación de que no será comprendido, una proyección en el otro de su propia incapacidad de comprender.
- Tercero, una vivencia de desamparo: esencialmente presente cuando fallan los agentes de contención y sostén necesarios. La madre de Yamir no podía comprender y tolerar los síntomas de su hijo adoptivo, lo que generaba constantes desencuentros entre ellos, y nuevas situaciones de confusión. La vivencia de desamparo de Yamir en su infancia temprana, quedó ligada a la experiencia traumática, al objeto protector. Es decir: la vivencia quedaba enlazada con el fracaso en la relación con el objeto, con el otro. Esto tiene como secuela una desconfianza relacional constante, ya que la situación traumática partió precisamente de aquél del que se esperaba una relación de amparo.

En el Hospital de Día, Yamir se adaptó bien desde su llegada. La relación con sus iguales se inició también desde su actitud casi mutista e inhibida, su negativa a ser tocado o a participar en las actividades grupales.

De nuevo, como en el colegio, la reacción del grupo fue más en la línea de la aceptación, la comprensión y el respeto por sus síntomas. Durante meses, se presentaba a sí mismo afirmando tener 10 años (“porque lo pone en el DNI”), y advertía a todos de que no le tocaran. Participaba en las actividades grupales de forma pasiva, pero en general, se sentía cómodo y tranquilo, integrado en el grupo de adolescentes.

Aunque la madre era muy reticente a la medicación, por sus efectos secundarios, aceptó que iniciáramos el tratamiento con dosis bajas de un antipsicótico. Yamir decía que la medicación “le ordenaba la cabeza”.

A lo largo del ingreso, Yamir fue recuperando un tono de voz normal. Su forma de expresarse en español era pobre, a veces ininteligible, pero comprendía y construía frases sencillas. Se fue mostrando más alegre, bromeaba, permitía, incluso buscaba, el contacto físico con compañeros y terapeutas, aunque aún se sobresaltaba y se enfadaba mucho si el contacto era inesperado o rudo. Empezó a participar en actividades deportivas que no implicaran excesivo contacto, a utilizar el móvil, y a jugar con una videoconsola, a dejarse fotografiar...

Todos estos avances se acompañaron sin embargo de fases de una mayor desestructuración del discurso, de la persistencia casi inamovible de los síntomas cenestésicos, que verbalizaba de forma reiterativa en los espacios de terapia grupal. Síntomas como la sensación de picor o quemazón en los músculos y vísceras abdominales, la sensación de estar “medio vivo, medio muerto”, la percepción de su propia sangre corriendo por las venas, etc. A veces sentía que se estaba pudriendo, o que se le daba la vuelta la cabeza. Solía expresarlo de forma inesperada, fuera de contexto, como buscando comprobación, o para resultar gracioso o impactante. A pesar del tono lúdico, estas sensaciones eran irreductibles al razonamiento lógico o a la interpretación. Presentó también una fase de una mayor desorganización del discurso y el pensamiento, junto con una actitud más claramente paranoide, en la que incluso refirió estar viendo espíritus en su casa que le hacían mal. Se mostraba más esquivo y agresivo en el hospital de día, más silencioso y absorto.

Debido a las dificultades idiomáticas de Yamir, y la grave desestructuración que presentaba, el trabajo terapéutico con Yamir se basó más en las técnicas de expresión corporal, lúdicas y ocupacionales, que en las puramente verbales, en las que él difícilmente podía intervenir salvo con frases inconexas y frecuentemente incoherentes, predominando la inhibición y el repliegue. Y sin embargo, Yamir mostraba su deseo de hablar de su país de origen, del orfanato, de los padres y

la abuela biológicos, de forma tímida y muy poco estructurada, posiblemente en un intento de recomponer su identidad. Pero la vivencia traumática nunca puede ser verdaderamente narrada, aún menos cuando lo vivido pertenece a un pasado del que apenas se conocen detalles. Dice Benyakar (Benyakar, 2009) que lo importante en el tratamiento de estos pacientes es ser conscientes de que vamos a encontrar situaciones no estructuradas, que provocan cortes en la continuidad del trabajo terapéutico: “El objetivo no es suprimir la vulnerabilidad del psiquismo, sino representarla. (...) La herida no desaparece, pero no es lo mismo que persista como una llaga en carne viva que como una cicatriz”.

Según Ferenczi (Ferenczi, 1984), se produce una escisión del conjunto traumático, el cual nunca fue consciente ni pertenece al campo de la represión. No habrá representaciones reprimidas que retornan en forma simbólica. Será un conjunto escindido, que Ferenczi describe como un “quiste” o un “teratoma”: no queda registro mnésico del traumatismo, ni siquiera inconsciente, por eso el traumatismo no podrá ser recordado, sólo repetido.

Este autor habla de una memoria a dos niveles; un nivel en el que la memoria trabaja desde la mentalización, en la que el recuerdo es posible, y otro más arcaico, (la “memoria corporal”), en el que, al no suceder la percepción y la descarga motriz de ésta, el suceso no quedó inscrito en el primer nivel mnésico, y se reactivará como descargas emotivas o acciones, una especie de memoria traumática, recuerdos encapsulados, no simbolizados, que Yamir “siente” en su cuerpo en desarrollo.

Por otra parte, una clave fundamental para comprender la desestructuración de Yamir era el lenguaje. Yamir afirmaba haber olvidado su idioma materno, y, en el proceso de adquirir un nuevo idioma, y adaptarse a su nueva vida, la irrupción de la crisis actual dejó al aparato psíquico sin lenguaje que vehiculizara la metabolización de sus afectos. La madre, consciente de esto, insistía en que buscara las palabras que no entendiera en el diccionario, algo que Yamir hacía de forma obsesiva y con poco resultado práctico.

En casa, la madre de Yamir observó una gran mejoría en todas las áreas, pero a la vez Yamir se mostraba más desafiante y desobediente con ella, con frecuentes discusiones y enfrentamientos que Yamir relataba de forma reverberante y desprovista de reactividad afectiva, en cada espacio grupal.

Por eso, el trabajo con la madre tuvo como fin, como dice Schore (Schore, 2001), reforzar el papel maternante desde una posición evolutiva anterior, que permitiera un

contexto para la co-creación de un sistema de regulación interactiva, ajustado para afrontar los momentos críticos del desarrollo socioemocional de Yamir, con el objetivo de facilitar la maduración de los sistemas regulatorios adaptativos. La función de la madre sería por tanto dar sentido a las expresiones y somatizaciones de Yamir, buscar su correlato emocional, darle las palabras para expresarlas de forma que pudieran hacerse más accesibles a la elaboración psíquica, no sólo como quien aprende un nuevo idioma, sino como instrumento para dar forma al pensamiento.

S. Ferenczi (Ferenczi, 1984) describe cómo lo traumático se desarrolla en un campo específico, el del encuentro intersubjetivo entre un niño, dependiente, necesitado de protección, con una posición confiada e influenciado, y un adulto, con amor y odio, sus necesidades narcisísticas, sus conflictos particulares y un desarrollo mental diferenciado, cuya función será la de hacer de “pantalla protectora”: filtrar y moderar la intensidad de las experiencias, darles continencia o medios psíquicos para elaborarlas. Sin ello, el niño se vería desbordado de sensaciones, emociones o sentimientos, generándose una desregulación entre medio interno y externo que no puede resolverse sin la madre reparadora. En el niño queda una desconfianza residual en el adulto, lo cual no hace sino aumentar el riesgo de una mayor alteración de su capacidad metabolizadora.

El caso de Yamir es paradigmático de cómo, al fallar la función maternante de protección precoz, se pueden producir disfunciones en el procesamiento psíquico muy precoces. El niño víctima de este tipo de fallas vinculares tempranas puede verse en la paradoja de tener que buscar refugio en la fuente misma del peligro que lo amenaza. Esto generará multitud de situaciones de angustia automática, que alterarán el aparato psíquico en su mismo origen.

La sintomatología de Yamir, a medio camino entre la hipocondriasis y la psicosis, podría encuadrarse como hemos visto dentro del campo de lo traumático, teniendo también cabida en la categoría diagnóstica propuesta por Van Der Kolk y su grupo para el futuro DSM-V (Cloitre, 2009), el trastorno del desarrollo traumático. Su dolor físico surge como ruptura en la eclosión de una adolescencia no esperada, temida por él, sobre un aparato

psíquico previamente dañado por diversas experiencias traumáticas de abandono y agresión, que no consigue metabolizar las pulsiones y la angustia propias de esta etapa, elaborar la sexualidad, ni asumir el duelo por la infancia. El tratamiento de Yamir pasa por, remedando la “función de rêverie” materna, a través del cuerpo primero, y de la palabra después, dar sentido a lo que no se puede metabolizar, de forma que los afectos encuentren la vía de expresión que le permita progresar en su adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel M. (2005). *La Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós. (Orig. 1988)
- Benyakar, M., Lezica A. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos (1º ed.).
- Cloitre, M., Stolbach, BC., Herman, JL., van der Kolk, BA., Pynoos R., Wang J., Petkova E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*. Oct; 22(5):399-408.
- Fenichel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S. (1984). *Obras Completas, t IV: Monografías de psicología normal y patológica*, 18. Madrid: Espasa Calpe (José Germain, 1927-1933).
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marcelli, D. (2009). *Manual de Psicopatología del Niño*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Morgan, C., Fisher H. (2007). Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin* 33(1): 3-10.
- Schore AN. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22: 7-66.
- Schore AN. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health. *Infant Mental*