

LA NIÑA Y LA MALETA

Algunas consecuencias del duelo sobre la integración cuerpo-mente¹

Sergio A. Belmont*

Aline y su historia

Aline tenía ocho años cuando empezó a escuchar a sus padres hablando de un importante cambio en la vida de la familia. Su padre, a quien ella, en sus propias palabras “amaba más que a todo en el mundo”, obtuvo un trabajo en una ciudad a cinco mil kilómetros de donde vivían, con la idea de mejorar su condición financiera y laboral. Ella se desesperó con la noticia, y se presentaron así los síntomas de pérdida de peso y episodios intensos de insomnio, “porque su padre era muy cariñoso con ella” y las relaciones afectivas entre ellos eran de gran intensidad. Cuando se acercaba el día del viaje, la niña empeoraba. Síntomas psicósomáticos cada vez más severos, náuseas y vómitos, le provocaban deshidratación. Sin embargo, lo más importante fue la apertura de un camino psicósomático que ayudó a desviar al cuerpo sentimientos que necesitaban ser vividos. La integración entre cuerpo y mente se rompió, y así permaneció hasta el comienzo de su análisis conmigo.

En vísperas del viaje, Aline presentó una angustia extrema y al observar a su madre arreglar las maletas, se metió dentro de una, intentando viajar con su padre. Creo que hubo aquí un cambio en la expresión de los afectos y su demostración en forma psicósomática, generándose la unión de fantasía y acción motora en su desesperada intención de superar el dolor provocado por la separación del padre.

1 Trabajo presentado en el XXIII Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de D.W. Winnicott. Lima. Perú. Noviembre 2014.

* Psicoanalista. Psiquiatra. Full Member de IPA, por la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Río de Janeiro, Master en Psicología Clínica por la Universidad de San Pablo. <sergiobelmont@ig.com.br>.

Al día siguiente, en la estación de autobuses, la realidad de la separación provocó en todos —padre, madre y niña— una crisis de llanto tan intensa que el conductor, conmovido por el dolor de la familia, empezó también a llorar, y retardó la salida por más de diez minutos. Al ver a su padre subir las escaleras le agarró las piernas y le dijo: “Padre, no te vayas, porque yo siento que no vas a volver.”

Durante los siguientes meses en los que el padre volvió a visitar a la familia, Aline tuvo la misma actitud, afirmando saber que él no volvería y que alguna cosa mala iba a sucederle. Un mes después de la última visita les comunicaron por teléfono que el padre había muerto en un accidente en la carretera. El caos se abatió sobre la familia y sobre Aline en particular, quien se sumergió en sentimientos de pérdida y duelo por la muerte, y por el cumplimiento de su fantasía encerrada en la frase “no sé por qué, pero siento que no volverás”; frase que relacionó como la causa del accidente. Empezó a tener pensamientos recurrentes de que era una hechicera y que había lanzado una maldición sobre su padre, provocando el desastre. Quedó trastornada, según me informó su madre, con una tristeza paralizante que le impedía comer, dormir y hablar con sus familiares. Un psiquiatra hizo el diagnóstico de “depresión grave”, recetando dos antidepresivos y un estabilizador del humor.

En caso que entendamos la pérdida repentina del padre en el accidente como un evento traumático, la neuropsiquiatría de hoy lo ubicaría entre los trastornos de estrés post-traumático (TEPT), caracterizados por hipo-estimulación (inmovilidad y congelamiento afectivo) o hiperestimulación (hiper actividad). El estado de hipo-estimulación es confundido con un estado depresivo. Muchos pacientes, que sufren de TEPT quedan alejados afectivamente, no lloran, y están como desertificados por la desconexión. Sienten que no habitan su cuerpo y son a menudo diagnosticados como con trastorno de humor bipolar. Tal vez Aline fue diagnosticada de esta manera.

En este punto son importantes algunas consideraciones. Para un psiquiatra sin conocimientos de los mecanismos mentales dinámicos planteados por el psicoanálisis, la medicación antidepresiva debería bloquear los sentimientos de tristeza y de angustia, “curando” su molestia depresiva de esa forma. Después de ocho años usando los medicamentos, cuando su madre vino con ella al primer encuentro conmigo, dijo que la niña no había mejorado nada: *“Tal vez esté aún peor, no estudia, no soporta ninguna dificultad o contrariedad. Se aburre con todo, pierde el control y yo me quedo muy preocupada. Tengo miedo que ella sufra de la molestia psiquiátrica con la cual ha sido diagnosticada, y no mejore. Hace dos años*

que todo lo que solo le importa es el novio, por quien está obsesionada. No soporta estar lejos de él por miedo a que sufra un accidente y muera, o no vuelva, o rompa con ella. Muchas veces lo llama por teléfono durante la noche, solo para oír su voz. Si no lo encuentra, comienza a vomitar, siente fuertes dolores de cabeza y tenemos muchas veces que llevarla a la Emergencia. Ella también ha colocado a mi hermano en el lugar del padre muerto, habla de él como padre y exige completa entrega en términos de tiempo y atención; también exige atención afectiva y financieramente. Si no se siente atendida tiene crisis de angustia y ya está creando celos y otros problemas en la familia de mi hermano. Por todo eso decidí buscar su ayuda.”

Según Winnicott (1949) “Poco a poco, aspectos de la psique y del soma del sujeto en su desarrollo comienzan un proceso de interrelación. Esa constituye una fase inicial de dicho desarrollo... En un momento posterior, el cuerpo vivo, que posee límites, un exterior y un interior, es **sentido por el sujeto** para que sea posible formar el núcleo del self imaginativo... Admitamos que la salud, en el inicio del desarrollo esté vinculada a la **continuidad del ser...** (la actividad mental del bebé)... transforma una falla relativa en adaptación exitosa... lo que resulta de una falla de adaptación del ambiente es una amenaza a la continuidad del ser... Resulta de eso que el desarrollo de la mente es afectado por hechos no específicos del sujeto, lo que incluye hechos eventuales.¹

Algunos puntos pueden ser destacados aquí. Winnicott dice que son eventos no específicos, a veces fortuitos, los que afectan la continuidad del ser, y pueden causar una inadecuada percepción de la mente, la cual, en casos favorables de cuidados ambientales será nada más que un caso especial de funcionamiento del psiquesoma. (íbid, p. 333)

Cuando el desarrollo ha sido bueno, lo que es considerado como mente, será relaciones y circuitos neurofisiológicos, funcionando silenciosamente en el conjunto del psiquesoma. Winnicott es un demiurgo de las ciencias cuando propone en este mismo texto que: “esos elementos tendrán necesariamente, un equivalente somático, probablemente neurológico y, así, por medio del método científico alcanzaremos minimizar el hiato, viejo como el tiempo, entre mente y cuerpo.” (íbid, p. 332)

1 Esta y las siguientes citas son traducciones libres del autor (portugués/francés al español).

La niña, afectos y tiempo

Estoy considerando que, a pesar de la edad de Aline cuando sufre el trauma, la muerte del padre, así como su ausencia, causaron una privación. No es una privación en el sentido que Winnicott le da; es una privación debido a los lazos profundos y tempranos que la niña mantenía con su padre. Hubo una regresión a estadios muy primitivos de no-integración psicosomática, en los cuales la mente —como función integradora de la realidad y sus hechos, alegres o tristes— no se había desarrollado aún. La niña, pequeña aun en la explosión del trauma, no piensa, solo siente. Y los afectos son muy dolorosos e insoportables, pero son bloqueados por psicofármacos que le impiden la tristeza natural ante sus pérdidas. Los afectos impedidos en su expresión sufren transformaciones, y ya desde 1905 Freud decía: “*Conozco tres mecanismos: 1. Conversión de los afectos (histeria de conversión); 2. Dislocación del afecto (obsesiones); 3. Transformación del afecto (neurosis de angustia, melancolía).*” (Laplanche & Pontalis, 1999, p. 9)

Creo que en Aline podemos ver la suma de las tres características mencionadas por Freud, entendiéndolas todavía como mecanismos fisiológicos subyacentes.

En la entrevista inicial con la niña y su madre, tuvo un gran impacto sobre mí un rasgo de su apariencia. Con casi dieciocho años de edad, por sus trajes y actitudes, tenía la apariencia de una niña de ocho. Pensé que estaba congelada en la edad en la cual ocurrió la muerte de su padre, como en una meta-temporalidad afectiva. Con eso, quiero postular un diferencial clínico, puesto que, en cierta medida, nuestros pacientes sufren las consecuencias de procesos inconscientes que permanecen fuera del tiempo cronológico, accesibles muchas veces solamente por medio del proceso psicoanalítico. En este caso, para mí, había sido creada *una ruta existencial paralela*. Los fenómenos afectivos sufridos por ella con el trauma habían secuestrado, al parecer, la parte principal de su vida interior. Era como si hubiese sufrido una concusión cerebral, quedando, desde entonces, empobrecida en sus expresiones de afecto, en la capacidad de pensar, sin interés en establecer nuevos contactos. Establece relaciones afectivas de máxima intensidad— por dislocación y transferencia integrales —como con el tío a quien llama padre, o con su novio. Si no es así, muestra desinterés o superficialidad intensa. Cuando yo intentaba establecer lazos con su historia, intentando re-significarla, tenía como respuesta: “*puede ser*” o “*creo que no tiene nada que ver*”.

Hice dos propuestas de tratamiento: la primera fue la interrupción gradual de los antidepresivos, los que en mi punto de vista estorbaban la posibilidad de que Aline sintiera los afectos de dolor y la ausencia de su padre; la segunda, era que siempre que ella tomase la decisión de no venir a la sesión, al contrario de forzarla, la madre le señale su dificultad y viniese en su lugar. Yo sería así un padre presente/ausente, pero siempre trabajando con ellas, como en la historia original, pero intentando juntar en una nueva moldura afectos y experiencias, alegres o tristes.

Recordemos nuevamente a Freud (1905) y su audaz construcción/deconstrucción teórica, contestando a los médicos y la separación de hechos físicos y emocionales, al decir que la relación entre ellos es de reciprocidad:

En algunos estados del alma llamados “afectos”, la participación del cuerpo es tan evidente y fuerte, que algunos de los estudiosos del alma llegarán a imaginar que lo esencial de los afectos sería solamente dichas evidencias físicas... Menos conocidos, pero todavía establecidos plenamente, son los otros efectos físicos de los afectos... Aquellos de naturaleza dolorosa persistente, llamados “depresivos”, como disgusto, preocupación y tristeza disminuyen la nutrición del cuerpo en su totalidad... Además, los afectos —sin embargo casi con exclusividad los depresivos— muchas veces, solamente ellos, provocan molestias, sea en el sistema nervioso central, con cambios anatómicos evidenciables, sea en enfermedades de otros sistemas del cuerpo... Los afectos, desde otro punto de vista, aquellos que llamamos “procesos de pensamiento”, son, hasta cierto grado “afectivos” y a ninguno de ellos le falta manifestaciones físicas así como la capacidad para modificar procesos corporales. Aunque uno esté pensando por medio de “representaciones”, a ellas corresponden muchas excitaciones constantes, desviadas hasta los músculos. (pp. 270-272)

Esos conceptos creados por Freud hace un siglo, en el inicio de la construcción teórica del psicoanálisis cuando hablaba de “tratamiento psíquico o anímico”, muestran no solamente su actualidad sino que tienen una sorprendente característica premonitoria.

Vale la pena citar aquí un texto más actual, de Sarno (2006) sobre la disociación contemporánea de muchas escuelas de Medicina que proponen la división cuerpo/mente en su enfoque de la salud:

La medicina está en una situación de crisis en los Estados Unidos. Algunas especialidades han sido transformadas en una pesadilla disfuncional de

conductas poco responsables y peligrosas, regulaciones burocráticas y muy elevados costos. La enormidad de este abortamiento de la práctica médica puede ser comparado con lo que sucedería si la medicina no quisiera reconocer la existencia de bacterias y virus. Tal vez la evidencia más maligna de este medievalismo científico haya sido la eliminación de la palabra psicósomática del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM), la publicación oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría. Alguien podría, de la misma manera, eliminar la palabra infección de los diccionarios médicos. (p. 1)

Creo que podemos decir que lo mismo está ocurriendo en Brasil.

¿Y con Aline? ¿Dicha disociación será la responsable de la prescripción de los tres psicofármacos, recetados sin interrupción durante ocho años, sin resultados clínicos positivos?

Ella sufrió la experiencia traumática de la muerte de su padre, y tanto la experiencia como el necesario duelo tienen el afecto de tristeza como componente esencial. Desde el punto de vista de un abordaje actual de los traumas y su memoria, tienen cuatro componentes: cognitivo, emocional, autonómico y somato-sensorial. Todos poseen una relación compleja. El componente emocional es el engrudo que los mantiene a todos juntos. (Ruden, 2011, p. 194)

La emoción, en este caso, es la tristeza. ¿Y si esta fue bloqueada por los psicofármacos, estorbando la experiencia afectivo/emocional del duelo, provocaron entonces la no integración de los otros aspectos citados antes?

La capacidad para soportar el dolor del Otro no es un don natural para todos pero es esencial para los que trabajan en psicoterapia. Un proverbio dice que: “remedio bueno es lo que mejora el dolor de los pacientes”.

¿Qué pensar del caso Aline? ¿No deben en general ser usados los antidepresivos? No es esa mi experiencia personal. Siempre que vemos a un paciente deprimido, cuya historia familiar y pre-mórbida carecen de elementos traumáticos para el entendimiento de su evolución, la acción de los antidepresivos es eficaz y rápida. Pero, a menudo, el abordaje psicoterapéutico le sirve al paciente en la búsqueda de nuevos modos de verse a sí mismo, y para caminar mejor en el mundo después de que un pesado velo haya sido sacado de sus ojos.

Cozolino (2006) se pregunta:

¿Qué sucede cuando vivimos el trauma por las manos (o falta de ellas —es mi añadido) de aquellos a quienes amamos y de los cuales dependemos? El trauma interpersonal es un difícil reto, en particular para los niños, una vez

que son creadas dentro de ellos respuestas que se oponen. Desean al mismo tiempo buscar soporte y se alejan como defensa. (p. 279)

El trauma es bioquímicamente codificado en el cerebro por una variedad de modos, incluyendo cambios en la disponibilidad y en los efectos de neurotransmisores y neuromoduladores. La codificación neuroanatómica es hecha por medio de cambios en lugares como el hipocampo y en conjunto con otras redes neurales... de ese modo, la adaptación al trauma, en particular en el inicio de la vida, se transforma en “un estado de mente, cerebro y cuerpo”, alrededor del cual todas las experiencias posteriores se organizan. (pp. 258-259)

La decisión de la retirada gradual de los fármacos no tuvo consecuencias negativas. Aline manifestaba que se sentía menos embotada. Pudimos avanzar en cuestiones actuales, como su dependencia con el novio —que había aumentado desde que comenzaron a mantener relaciones sexuales— así como en entender que su vida escolar era una puerta de entrada para su futuro (“¿qué futuro?”, preguntaba ella). La relación con su tío/padre fue muy difícil de ser encarada. Estos puntos ciegos recibieron el aporte de los *insights* alcanzados por su madre, quien los trasladaba a Aline. La madre aprendió a convivir con los síntomas de su hija y a no temer tanto su posible locura. En términos de Winnicott, estábamos recreando una pareja original, donde a veces habla el padre y otras la madre, y esta recibe el apoyo de su marido. Pero mi sentimiento acerca de Aline es de que vive de manera automática, sin sentirse motivada para cuidarse a sí misma. Tiene una vida desafectada, encerrada en sí misma y con una relación muy precaria con la realidad y sus reclamos.

¿Se trata —como piensa Winnicott— de un caso particular y especial de mente-psyque, en el cual la psyque es “seducida” (o empujada por el trauma) para transformarse en esa mente, rompiendo con la relación íntima que había antes entre ella (psyque) y el soma (neurofisiológico)?

En términos de hoy, estos conceptos pueden ser entendidos como de no integración de la experiencia afectiva a los centros de cognición y de memoria, provocando un vacío con disociación. Es conocimiento consolidado hoy en día que las experiencias traumáticas producen alteraciones en diversos niveles funcionales del SNC y SNA, como Winnicott lo postuló.

Las dificultades para establecer nexos causales producen una gran dificultad para la utilización de uno de los más importantes instrumentos terapéuticos del psicoanálisis: ‘recordar, repetir, elaborar’. La memoria, según Cozolino muestra que:

La codificación mnémica para la memoria explícita consciente puede ser interrumpida cuando el hipocampo es bloqueado o sufre daños por glicorticoides [hormonas del estrés o trauma] o es inhibido por una función alargada de la amígdala [grupos de estructuras con localización en los lóbulos temporales y conectados a múltiples aspectos de la memoria, en particular aquellos relacionados a estados emocionales)... Es importante recordar que dichos sistemas crean contextualización tiempo/espacio, y también integración de memorias afectivas, sensoriales y comportamentales a la percepción consciente... la información factual puede ser imprecisa debido a la inhibición cortico-hipocampal provocada por el trauma. (2006, *ibid*, pp. 271, 272)

El psicoanalista Henry Krystal (2006), describiendo su experiencia traumática como prisionero de los nazis afirma:

En esa condición, muchas funciones del narcisismo normal, como auto-preservación, auto-cuidado, auto-defensa y auto-respeto, sufren destrucción y la persona queda 'congelada'. En silencio, queda presente una masiva pérdida de la auto-confianza. Si el trauma avanza, puede alcanzar el punto donde toda vitalidad es aniquilada y el sujeto muere **de muerte psicogénica, con el corazón parando en diástole**. (Krystal, 1984) **Dicho proceso es universal para todo el reino animal...** El mensaje para tales pacientes es que el amor es real y consigue resultados... Estos pacientes estuvieron usando sustitutos para los objetos primarios, como 'placebos'... Para obtener éxito con tales pacientes, los psicoanalistas no pueden esperar conducir el psicoanálisis quedándose en sus sillas **como estatuas de madera**. (pp. 115-117)

Donald Winnicott nos decía, mucho tiempo atrás, que siempre que fuera posible, él hacía psicoanálisis, y cuando no, *hacia otra cosa*... ¿Qué otra cosa es necesaria hacer para ayudar a personas que están sufriendo como Aline?

En primer lugar creo que debemos —oyendo a Krystal— dejar de ser estatuas de madera, prisioneros de nuestras teorías y prejuicios, poniendo en primer plano en la terapia el ofrecimiento de amor con generosidad. Aline vivió una experiencia importante con su padre, y la idea de una restauración simbólica de esta pareja de su infancia ha sido fundamental en el trabajo terapéutico. Siguiendo a Winnicott y a los autores que hoy en día estudian a los traumas y sus consecuencias, podemos decir que es la restauración de la confianza en el ambiente lo que va a ser el punto de despliegue. Muchos pacientes tienen en el encuentro con sus analistas la primera oportunidad de ser oídos

con respeto y afecto. Estamos intentando trabajar, psicoanalistas y neurocientíficos, juntos. Así tal vez podamos ampliar la llamada *sinapsis social* a nuestros campos teóricos. Wilson (1988) nos recuerda que dicha tarea es muy difícil porque:

La idea de unidad de las ciencias no es ociosa. Ha sido probada en baños ácidos de experimentos y de lógica y tuvo repetidas victorias. No sufrió derrotas importantes, por lo menos no hasta ahora. No obstante, en su centro, por la naturaleza propia del método científico, debe ser entendida siempre como vulnerable. (p. 5)

¿Y en relación a Aline y su maleta? ¿Cuál es la importancia real de una teoría mente/cuerpo integrada que permita una acción clínica liberadora?

La maleta es una cosa que tiene una estructura externa, es lo suficientemente fuerte como para soportar impactos sin romperse. Como metáfora de los sujetos humanos, creemos que dicha estructura, o piel, debe ser construida de manera intersubjetiva, con acciones integradoras del medio ambiente. La maleta tiene también un interior, donde ponemos nuestras cosas, experiencias, sentimientos y memorias, y siempre que sea posible lo hacemos de manera ordenada. Dichos objetos los vamos a usar, a vestir a lo largo de nuestras vidas. En el caso de Aline la maleta donde ella había entrado, ocultando sus dolores y miedos, ha sido abierta. En un inicio lo fue con la ruptura de la cadena bioquímica que la mantenía cerrada, y luego fue abierta con el ofrecimiento de cantidades variadas de amor y contención de sus dolores.

Volvió a estudiar con buenos resultados, terminó su relación con el novio y, por primera vez en muchos años, planea un viaje a Disneylandia con una prima. ¿Podemos entender eso como un regreso a la alegría y a la magia perdidas con el trauma? ¿Recuperación de la capacidad para jugar? Esperamos que sí.

La valija ha sido vaciada, lista para ser llenada con nuevas y coloridas ropas y entonces, tal vez, Aline pueda seguir en el viaje por su vida.

Referencias bibliográficas

- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. N.Y-London: W.W. Norton & Company.
- Freud, S. (1906 [1905]). Tratamiento Psíquico (ou anímico). En *Obras Completas* pp. 270-72. Río de Janeiro: Edição Standard Brasileira, Imago (1989).
- Krystal, H. (2006). Psychoanalytic Approaches to Trauma: A Forty-Year Retrospective, pp.111-119. En *Mapping Trauma and Its Wake: autobiographic essays by pioneer trauma scholars*. N.Y: ed. By Charles R. Figley, Routledge.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1999). *Vocabulário de Psicanálise*, pp. 9-10. São Paulo: Martins Fontes.
- Ruden, R. (2011). *When the Past is Always Present: Emotional Traumatization, Causes and Cures*. N.Y.- London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sarno, J.E. (2011). *The Divided Mind: The epidemic of mindbody disorders*. N.Y.: Regan Books, Harper Collins.
- Wilson, E. O. (1999). *Consilience: The Unity of Knowledge*. N.Y.: Vintage Books, Random House.
- Winnicott, D.W. (1949). A Mente e sua relação com o Psicossoma. En *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago (2000).

Resumen

Este texto busca analizar las consecuencias del duelo sobre la integración cuerpo-mente, en un contexto teórico que une las ideas de Winnicott con conceptos actuales de las neurociencias, y los efectos de los traumas sobre la fisiología. El duelo es comparado así con los traumas. Se expone un caso clínico de una niña que no pudo hacer un duelo saludable, entre otras razones por un bloqueo de sus afectos producido por psicofármacos. Se plantean conceptos de Winnicott acerca del manejo del encuadre para enfatizar la importancia de la flexibilidad técnica y clínica, además del concepto de psiquesoma, y el significado e importancia del medio ambiente para su integración. El camino científico abierto por Freud encuentra hoy en día la posibilidad de comprobación, y además muestra su actualidad en la clínica.

Palabras clave: Afecto, disociación, duelo, encuadre, psiquesoma, trauma

Abstract

This paper discusses the consequences of mourning upon mind-body integration. The study is framed within a theoretical context linking Winnicott's ideas with current concepts in neurosciences, and the actual effects of trauma on physiological development. Mourning is equated to trauma. A case of a girl whose mourning process was affected among other factors by medication is included. Using Winnicott's concepts of handling within the setting, we stress the importance of flexibility both in technique and clinical practice, as well as the concept of psychesoma and the meaning and relevance of the environment for its integration. The scientific path opened by Freud finds nowadays not only an opportunity for its ratification, but also to show its freshness in clinical interventions.

Key words: Affect, dissociation, mourning, setting, psychesoma, trauma