

Prof. Honorario CÉSAR CONSTAÍN MOSQUERA
Médico-Psiquiatra
Universidad Nacional de Colombia-Bogotá

EN BUSCA DE UNA FORMA DE EXPRESIÓN DE LO INDECIBLE

*“La mayor parte de las cosas que nos ocurren son indecibles,
pues se inscriben en un ámbito donde no llegan las palabras”.*
Rainer Maria Rilke. *Cartas a un joven poeta*

Durante los últimos veinte años, oí a mis pacientes y traté de entender lo que tenían a bien decirme; encontré con frecuencia, en mi consultorio, personas sin trastornos ubicables en las categorías nosológicas convencionales, pero portadoras de comportamientos, reacciones o molestias mal definidas; indudablemente enfermos.

Por otra parte, sentía inquietud por encontrarme con armas insuficientes para abordar los modelos de enfermedad y de no-enfermedad de los humanos. Los lineamientos generales pueden reproducirse y estudiarse en el laboratorio y se llega a establecer pautas más o menos específicas y con frecuencia útiles para el tratamiento de grandes grupos nosológicos; tanto más útiles, cuanto mejor orientadas

estén. Basta una mirada desprevenida para valorar la modificación sustantiva que con aquellos se ha obtenido, en lo referente a las modificaciones de la atención de estos tipos de patología.

Aún con conocimiento o en la mayoría de los casos al estar infiriendo la mecánica neuronal y metabólica de base y los vericuetos y vicisitudes de la maduración y el crecimiento, estamos todavía lejos de decir la última palabra en lo referente a la causa última de estos trastornos.

Hace seis años, trabajé con Mónica Castiblanco y Alejandro Jaramillo, en la elaboración de su monografía de grado, con pacientes psicossomáticos, e identificamos en todos los casos eventos perturbadores muy precoces, que si no causales, sí eran sig-

nificativamente frecuentes. Estos eventos perturbadores, muy precoces, no nos resultaban ubicables en el tiempo y sólo vislumbrábamos su naturaleza. Obviamente, nada teníamos que decir sobre su manejo y tratamiento.

Para entonces, tuve ocasión de oír al Dr. Alejandro Rojas en mi seminario sobre Medicina Psicossomática, dictado en el SAP. Él nos ayudó a orientar la investigación hacia los conceptos de **alexitimia**¹ y **pensamiento**

¹ Término propuesto en 1970 por Sifneos para conceptualizar la dificultad de algunos sujetos para describir y distinguir los estados afectivos. Literalmente significa “sin palabras para los afectos”. Los sujetos alexitímicos son básicamente inexpressivos, con un pensamiento carente de fantasías, y verbalizaciones sin mayor sig-

operatorio² y nos dio a conocer los trabajos de Sifneos, Marty, M'Uzan, Fain y David, de la escuela psicoanalítica de París, y de Joice McDougall.

Aproveché un año sabático y solí-cité en 1995 el aval de CINDEC para continuar la investigación con pacientes psicósomáticos manejados en grupo. Trabajé "en vivo y en directo" con estos pacientes y aclaramos algunos de los conceptos manejados en los estudios que habían realizado los autores citados y los de Bion, Winicott y Roff Carballo. En esa misma dirección elaboró su monografía de grado la psicóloga Amanda Segura y se continuó el trabajo de grupos en el SAP y en la consulta privada. Para entonces

nificado afectivo, en las que emplean las palabras, más como signos que como símbolos. Su comportamiento es rígido y pobre en expresión de emociones a través de la voz, el rostro y el cuerpo. Generalmente escogen la somatización para comunicar algo que no pueden hacer con palabras o afectos. Se considera que existe una alteración de la comunicación entre el sistema límbico y la neocorteza de modo que el sujeto no elabora a nivel cortical los estímulos. Funcionalmente amputada esta comunicación, el sujeto solamente tiene disponible el pronunciamiento visceral, y queda así desligado de la representación. El sujeto alexímico no reconoce ni vivencia situaciones tanto dolorosas como placenteras, concepto que acuñó Kristal como *anhedonia*. Este tipo de rasgos se ha observado también en sujetos normales.

² Término descrito por Marty y por otros psicoanalistas de la escuela de París, que consiste en la incapacidad para elaborar a nivel psíquico las tensiones, los sueños y las fantasías. Sustenta un "lenguaje blanco", sin mayores implicaciones y de pobre construcción simbólica. La clínica describe a los sujetos con este tipo de pensamiento como desinteresados de los demás, egocéntricos, prendidos de la realidad concreta de los hechos e incapaces de ligar apropiadamente los conocimientos a los afectos. Se considera un término análogo de Alexitimia.

Se propone la hipótesis de una ruptura precocísima del diálogo madre-neonato como causa de las afecciones psicósomáticas y de las psicosis disociativas. Se basa esta hipótesis en los trabajos de Joice McDougal y de los psicoanalistas de la escuela de París, usando el esquema de Bion en la comunicación precoz: elementos β emitidos por el bebé, traducción mediante la reverie materna y elementos α como respuesta, que al ser congruentes constituyen la base de una futura simbolización constituida por la palabra.

se habían integrado en los grupos psicóticos y caracteriales.

Al trabajar sobre información directa, en los pocos casos en que esta podía conseguirse, y con inferencias teóricas en los restantes, resultaba posible ubicar en las fases del desarrollo, en las semanas inmediatamente siguientes al parto, un evento perturbador muy precoz, obviamente anterior a cualquier esbozo de lenguaje simbólico.

Mientras trabajaba en la elaboración de este artículo, tuve conocimiento de una comunicación, polémica y explosiva, que como muestra de sensatez había premiado la Academia de Medicina en 1991, de la cual es autor el pediatra manizalita, Dr. Jairo Villegas, titulada *Patología de la liberación femenina*. Me alegró sobremanera coincidir con una persona de tan altos quilates, en la intuición de que algo debe fracturarse en ese "diálogo inicial"³.

³ Es la comunicación primerísima entre el bebé recién nacido y su madre. El intercambio de mensajes se considera en este artículo.

A lo anterior se suman algunos hechos:

- a) Los psicósomáticos limitan su afección a las implicaciones somáticas de su trastorno. Solamente bajo una presión psicológica importante o a la vista de sus peculiaridades de comunicación aceptan, y aún con fuertes reservas, la concomitancia de componentes emocionales.
- b) Los psicóticos y los caracteriales de los grupos, casos ambulatorios y sin graves dificultades de adaptación social, funcionan satisfactoriamente mientras no se tocan "zonas de conflicto" y aún entonces, cosa que no es ninguna novedad, en la medida en que los psicóticos lo son cuando carecen de autocrítica sobre su trastorno, se niegan en principio y en forma denodada a aceptar como anómala su conducta y sus reacciones y, sobre todo, su manera peculiar de pensar y su cosmovisión.
- c) Hay personas capaces de tener un óptimo desarrollo en los medios más adversos, sin enfermar nunca. Debo a la psicóloga Ana Isabel Jiménez el conocimiento del fenómeno de la RESILIENCIA⁴.
- d) Jairo Villegas hace un recuento pormenorizado de la patología de los hijos de "madres ausentes"⁵.

⁴ Término adoptado por las ciencias sociales para caracterizar aquellos sujetos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Término adoptado por Grotberg y otros. Citados por Elbio Nestor Suarez Ojeda en Resiliencia: Reflexiones para su aplicación en programas sociales.

⁵ Mujeres de muy buena condición, que por razón de su situación social o laboral, delegan muy precozmente el cuidado de sus bebés a terceros.

e) Las “enfermedades psicosomáticas” son de ocurrencia frecuente entre los hijos de madres muy conspicuas socialmente o que ocupan puestos de gran responsabilidad en la administración pública, en la empresa privada o en la farándula⁶.

Resulta entonces sugestiva y aún esclarecedora la hipótesis de Bion. Las cosas suceden así:

En el posparto inmediato el recién nacido está expuesto a una situación completamente nueva, que contrasta en forma radical con su situación intrauterina, cuando sus necesidades básicas eran suplidas aún antes de que se presentaran. En esta situación nueva expresa sus demandas básicas, que son las de supervivencia, en forma de “paquetes de información” caóticas y desorganizadas, con movimientos y descargas neurovegetativas, a las cuales llama el autor “elementos Beta que no sirven para soñar ni para pensar, limitan su acción a la descarga de los excesos de excitación que sufre el neonato. La madre recibe estos paquetes de información y los traduce (en una forma que suponemos espontánea e instintiva, siempre y cuando este presente) por medio de la función de reverie” y responde a la demanda expresada con reacciones **congruentes**, en forma de “elementos Alfa, que pueden en el bebé ponerse al servicio del pensamiento y del ensueño, suministrándole las bases para una comunicación posterior en la cual se va estructurando la elaboración de

⁶ Esta información la debo a Mónica Restrepo y a Michele Van Reck, quienes la obtuvieron directamente de su trabajo en una guardería para niños de clase económica alta.

The hypothesis of a too precocious rupture of mother-newborn dialogue as a cause of psychosomatic disorders and dissociative psychosis, is proposed. This hypothesis is based on the work of Joyce McDouglas and of Paris School Psychoanalysts, using the Bion precocious communication scheme: β elements are translated by the baby in order to means a maternal “reverie” added to α elements as answer. If this elements are congruent, they constitute the basis of a future symbolization based on the word.

los símbolos, base de la estructura de la comunicación verbal”.

La respuesta materna a estas solicitudes caóticas, cuando estas son bien traducidas por la reverie, van constituyendo una especie de “protoabecedario” primitivo, que en cuanto más completo (nunca lo será completamente), prepara al neonato para enfrentar y superar las vicisitudes subsiguientes del desarrollo.

Cuando la madre no traduce adecuadamente la demanda, o cuando no la oye, se dan respuestas incongruentes que no tienen nada que ver con las demandas reales del bebé y sólo son respuestas a lo que la madre y aun el entorno, suponen que el bebé demanda; son respuestas a las proyecciones de la madre, o a través de ella, del medio y dejan al bebé sin respuesta a sus demandas genuinas y con una vulnerabilidad, en las que pueden llamarse “zonas vacías”, excluidas del simbolismo del lenguaje y de cualquier tipo simbólico de comunicación. Corresponderán estas zonas a los espacios mudos (vacíos) de los psicosomáticos o a las alucinaciones, pensa-

mientos delirantes y conductas extravagantes de los psicóticos o a las reacciones “en corto circuito”, anti-sociales, de los adictos y de los sociopatas.

Estas “zonas vacías”⁷ se traducen en “zonas vulnerables” que ocasionan síntomas dependientes de la ecuación personal⁸ del portador, eclosionando dentro de las pautas que ofrecen los diversos esquemas de evolución⁹ para el desarrollo y más tarde en el juego de cada personalidad específica con las circunstancias de su ambiente. Más que de “fijaciones” podremos hablar de vulnerabilidades, que suponemos condicionadas por las características individuales y relacionadas con la ausencia o con la distorsión del diálogo precoz entre las demandas vitales y su respuesta materna congruente. Suponemos que estas vulnerabilidades son específicas para cada patología.

De lo anterior se deriva la necesidad de una dedicación exclusiva y permanente de la parturienta a su bebé,

⁷ Corresponden a las demandas del bebé que se han quedado sin respuesta. Las afecciones que en el curso del desarrollo inciden sobre ellas, o son ignoradas o dan lugar a respuestas de un nivel muy primitivo o arcaico. Recordemos que en un principio, obliterada como esta la vía de simbolización, se darán respuestas por la única vía disponible, motora o neurovegetativa. En ausencia de una respuesta congruente, estas zonas no pueden madurar y a lo largo de la vida repetirán las respuestas iniciales, en forma por demás anacrónica con el contexto ambiental y con el resto de la personalidad.

⁸ Concepto metafórico, introducido por Roff Carballo. Se refiere con él a la evolución específica de cada personalidad frente a las vicisitudes de la maduración y el crecimiento.

⁹ Se refieren a los enfoques peculiares de cada escuela psicológica o psicopatológica.

en ausencia de toda interferencia, durante las primeras semanas del desarrollo, relación que implica un contacto permanente y una dedicación absoluta. De no existir una posibilidad real de suministrarla, el bebé se verá abocado a vulnerabilidades que pueden lesionar sus futuras comunicaciones. La propuesta no es nueva; sólo se necesita tomarla muy en serio. La comunicación en estos primeros días de la vida, si la madre responde de manera adecuada y congruente a las demandas de su bebé recién nacido, le suministrará a este una buena protección contra las eventualidades adversas del medio aún en ausencia de la madre, quien puede desaparecer por fallecimiento, ausencia forzada o enfermedad mental o física; esto nos daría razón del fenómeno de la "resiliencia". Por el contrario, aun la permanencia real de la madre, con una distorsión o ruptura de la congruencia del diálogo precoz, estaría en la base de todas esas patologías en las cuales una indagación no registra traumatismos o eventos abusivos y en las cuales el cuadro clínico no está compuesto tanto por síntomas mentales sino por peculiaridades patológicas de comportamiento o reacción.

Pese a todas las fallas metodológicas y a la ausencia de comprobación experimental de esta intuición, el esquema expuesto funciona en algunos casos.

Nos quedan al frente varias incógnitas: la principal y más importante es la discriminación de esas demandas básicas del recién nacido; luego, las formas congruentes de respuesta y la implementación de procesos terapéuticos capaces de subsanar las fallas básicas.

Los sistemas convencionales de indagación y tratamiento no parecen

aplicables. Las preguntas (y muy seguramente otras más) están por resolver. Son factibles respuestas idóneas si el esquema propuesto resulta viable e interesante Ψ

BIBLIOGRAFÍA

- BION, W. R. *Experiencia en grupos*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1974.
- *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. Buenos Aires. 1966.
- CASTILBLANCO, M. y JARAMILLO, A. *Desarrollo de una psicoterapia de grupo para pacientes psicósomáticos*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
- CONSTAIN, C. Et. al. *Utilización de psicoterapia de grupo en pacientes psicósomáticos*. CINDEC. 1995.
- JIMÉNEZ, A. I. Comunicación personal.
- MARTY, P., De M'UZAN, M. y DAVID, C. *La investigación psicósomática*. Luis Miracle. Barcelona. 1967.
- Mc. DOUGALL, J. *Alegato por una cierta anormalidad*. Petrel. Barcelona. 1992.
- *Les Theatres du je*. Gallimard. 1982.
- *Les Theatres du Corp*. Gallimard. 1982.
- MILLER, A. *El saber proscrito*. Tusquets. Barcelona. 1990.
- ROFF CARBALLO. *Teoría y práctica psicósomática*. Desclée de Brower. 1984.
- ROJAS, A. *Pensamiento operatorio y alexitimia*. Universitas Médica 121. Enero-marzo. 1992.
- SEGURA, A. *El cuerpo femenino en la psicósomática y su comprensión en las terapias de grupo*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. 1996.
- SIFNEOS, P. *Alexithymia and its Relationship with Hemispheric Specialization*. En: The Psychiatric Clinics of North America 11(5) september. 1988.
- STERN, D. *El mundo interpersonal del infante*. Paidós. Buenos Aires. 1991.
- WINICOTT, D. El papel de espejo de la madre. En: *Juego y realidad*. Gedisa. Buenos Aires. 1986.