

LA OTRA MIRADA DE LA AGRESIVIDAD O UN ACERCAMIENTO A LA PSICOSOMÁTICA¹

THE OTHER GAZE OF AGGRESSIVENESS OR AN APPROACH TO PSYCHOSOMATIC FIELD

Vega Candelas García²

Resumen

El presente trabajo es una aproximación al mundo de la psicopatología infantil, y en concreto de la Psicósomática, en el cual se plantea un modo de intervención terapéutico, enmarcado dentro del ámbito del Psicodrama Bipersonal, dónde se resalta la importancia de que el niño aprenda a manejar y a reconocer sus emociones, en concreto la rabia.

Palabras clave: *psicósomática, agresividad, psicodrama*

Summary

The current article is an approach to the psychopathology of children, in specific to the Psychosomatic. It shows a methodology to intervene, framed in the bipersonal psicodram, where it is key the child learns how to recognize and manage his emotions, in particular, the anger.

Key Words: *psychosomatic, psychodrama, anger*

1. Introducción

La mayor parte de los estudios sobre el manejo y la expresión de la agresividad infantil, se centran en las conductas externas de violencia, en algunos casos extremas, y en el desarrollo de métodos terapéuticos de intervención para el tratamiento de estos niños, calificados de “agresivos”.

¹ Comunicación expuesta en el XIX Reunión nacional de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). “Psicodrama y diversidad cultural” Salamanca, Noviembre, 2003.

² Psicóloga. Miembro Titular de la Escuela de Psicoterapia y psicodrama. Psicodramatista. Máster en terapia de pareja y familia por la UPCO. Experto en medicina psicósomática y psicología de la salud. Miembro Fundador de la Asociación para el estudio de la Psicoterapia y Psicodrama. (AEPP).

Sin embargo, existe otro colectivo dentro de esta población, que tampoco sabe realizar un manejo adecuado de su agresividad. En este caso, no hay síntomas conductuales violentos, como rabietas, gritos, insultos, etc., sino por el contrario una inhibición absoluta de cualquier manifestación de agresividad, empleando su cuerpo como vehículo de transmisión de estos sentimientos; esto es, son niños que padecen un trastorno somatoforme o psicósomático.

En la actualidad no existe un acuerdo generalizado sobre lo que se entiende por Psicósomática y trastornos somatoformes en la infancia, pero de modo general se refiere al proceso que hace a los pacientes buscar ayuda médica por síntomas físicos variados (tales como asma, dermatitis atópica, alopecia areata, colón irritable...), los cuales son atribuidos de modo equivocado a una enfermedad orgánica. Citando a Pedreira, JI “la clínica psicósomática en la infancia, debe encuadrarse en el significado/ significado de lo que representa el síntoma y los factores condicionantes de su aparición, y lo que de manera manifiesta nosotros recogemos en el exterior. Cada síntoma remite a algo y ese “algo”, es el fin último que debemos intentar ver, separando o aunando el concepto de síntoma”. (Pedreira, JI y Menéndez, F, pág. 83, 1981).

2. Explicaciones causales

Existen numerosas contribuciones teóricas, sobre las posibles causas del origen de estos trastornos, psicoanalíticas, cognitivo-conductuales, gestálticas, psicodramáticas..., pero la realidad es que aún no está del todo claro. Sin embargo, a pesar de ello, existe un mayor consenso de autores, que consideran importante como parte del tratamiento, el que estos niños aprendan a reconocer y a manejar sus emociones, en concreto la agresividad, con el fin de separarlas de su propio cuerpo, que hasta ahora ha sido empleado como vehículo de transmisión de las mismas, parando el proceso que les convertirá en enfermos crónicos y que en algunos casos como el de los niños asmáticos puede llevarlos a situaciones de alto riesgo (y/ o muerte).

Me gustaría citar, entre las explicaciones teóricas planteadas sobre este tema, a J.L Moreno, cuya idea de roles psicósomáticos, como elemento básico del desarrollo de la identidad, es recuperada y

ampliada por Herranz, T., afirmando que la “respuesta psicossomática aparecerá en sujetos, dónde estos primeros roles fueron sostenidos desde la inseguridad por el entorno maternante; cuando ante los conflictos vitales necesiten separar su yo- psíquico de la situación externa, triangularán al cuerpo en este proceso.” (Herranz, p. 48, 1992)

3. Características de personalidad de los niños psicossomáticos

Para Marty pionero en el estudio de este tema, existirán 2 elementos básicos, que están presentes en sujetos que tienen una “estructura de personalidad psicossomática que son la depresión esencial y el pensamiento operatorio” (Marty, p. 38-39, 1995):

- ✓ Depresión esencial: definida como una depresión sin objeto, sin afectos, dónde existe una inhibición vital. (D.E.)
- ✓ Pensamiento operatorio: esto es, un modo de pensar permanente sobre la acción y el actuar; no existen fantasías, ni deseos, ni sueños. (P.O.)

Para describir y organizar las características de personalidad de estos niños, vamos a tomar como referencia estos conceptos anteriormente descritos, agrupándolos en dos:

Pensamiento Operatorio

- ❑ Manifiestan una preocupación excesiva por la norma; son cumplidores y tienen una organización de la realidad bajo la polaridad bueno-malo.
- ❑ Hiperexigencia.
- ❑ No imaginan, describen historias estereotipadas, fijas, sobre premios y castigos.
- ❑ No hay pasado, ni futuro. Sólo un presente lleno de obligaciones.
- ❑ Su lenguaje es monótono, poco espontáneo, carente de emoción. Parecen adultos en pequeño.
- ❑ Nunca hablan de sentimientos.

Depresión Esencial

- ❑ Cuando cometen un error, aparece la culpa y el “machaqueo de ellos mismos”.
- ❑ Ante las críticas de los otros, no reaccionan con rabia, sino con culpa y pena por “no haber dado la talla”.
- ❑ Ante la agresividad de los adultos y/o iguales, no se defienden sino que se paralizan.
- ❑ Piensan que si sacan la rabia contra otro, le pueden destruir.
- ❑ Desvalorización propia.
- ❑ Inseguridad.
- ❑ La presencia de los síntomas somáticos, los emplean para autocastigarse.

4. Justificación del empleo del Psicodrama en el tratamiento con estos niños

El Psicodrama, permite acceder al mundo de las fantasías de los pacientes y potenciarlo.

Une el registro emocional y cognitivo, con la información corporal. En un primer momento hasta que el niño pueda hacerlo sólo, se puede unir lo que siente el terapeuta y/o yo auxiliar, con el pensamiento del propio niño, en el trabajo de las escenas internas de este último, favoreciendo la expresión y toma de conciencia de las mismas.

Así mismo potencia el desarrollo de roles, desatascándolos de aquellos en los que se han quedado encasillados, para que puedan “reconstruir un nuevo modo de estar en el mundo., desde una relación de encuentro con el terapeuta, siendo el encuentro la base real del proceso terapéutico” (Herranz, T, pág. 30, 1999)

El psicodrama no se va a centrar en los síntomas somáticos del niño de modo exclusivo, los cuales son en muchos casos el instrumento por el cual vinculan la culpa, sino que va a permitir unir el registro emocional, corporal y cognitivo para que ellos aprendan a que forman un todo relacionado. La integración es el único camino para la curación.

El propio encuadre técnico del Psicodrama, hace consciente al paciente de la distinción entre fantasía y realidad, con lo que el niño puede empezar a “jugar” con su “rabia” en sesión sin temor a “destruir a nadie”, sintiéndose protegido para hacerlo.

5. Método de intervención para el trabajo psicodramático con estos niños

El tratamiento de este tipo de población, se lleva a cabo con Psicodrama Bipersonal “que va dirigido a rematizar las carencias básicas de los sujetos en sus relaciones primarias” (Herranz, p.30, 1999) ya que permite acceder al fondo depresivo, y repararlo con mayor facilidad, con una sesión semanal, de 45 minutos de duración. Las sesiones se estructuran del siguiente modo:

- ❑ Qué tema quiere trabajar en la sesión; se le está enviando el mensaje de que tiene derecho a elegir, no todo es una norma “que lo aplasta”.
- ❑ Elección del tema por parte del niño.
- ❑ El niño construye una historia; el terapeuta se queda fuera de la escena sin interpretar ningún rol, por mucho que insista el paciente.
- ❑ Aparece el problema y el niño da su respuesta habitual (R H).
- ❑ Se le pregunta por lo que siente. Si no lo sabe, el terapeuta puede intervenir realizando una “Función Metabolizadora”: Ej. “He sentido miedo ¿y tú?”.
- ❑ El terapeuta debe asociar la respuesta somática del niño con la emoción de éste, usando un modo indirecto en la formulación de la interpretación. Ej. “A lo mejor cuando te enfadas con tu hermano, tu pelo se cae del enfado”.
- ❑ El terapeuta, sugiere al niño una respuesta alternativa ante el problema planteado (R.S).

Pueden ocurrir varias cosas:

- Que el niño no la desee, ni la acepte.
 - Que la desee, pero no pueda llevarla a cabo.
 - Que la acepte y la lleve a cabo.
- ❑ Ensayo del niño, de la respuesta alternativa. (R.S).

6. Conclusiones

Para concluir con esta exposición, me gustaría resaltar algunos puntos significativos en mi experiencia clínica con estos pacientes:

- ❑ El tratamiento va a ser largo y costoso. La aparición de las recaídas son elementos que van a generar impotencia en el terapeuta.
- ❑ Los síntomas físicos van a tardar en desaparecer, porque se han convertido en muchos casos en lesiones importantes; a veces el órgano está tan afectado, que el tratamiento psicoterapéutico, sólo sirve para potenciar la prevención de los síntomas y las recaídas, pero no la curación física del mismo. El terapeuta, deberá ser consciente de esto, y poder saber valorar, si el tratamiento está o no teniendo éxito.
- ❑ En el aprendizaje del manejo de la agresividad, el niño va a pasar por distintas fases, tales como las explosiones de rabia, la manipulación...y en todos los casos la dirigirá contra el terapeuta. Es fundamental, que éste sepa desarrollar la paciencia y poder diferenciar que no va dirigida contra él como persona concreta, sino hacia la figura que en ese momento está representando.
- ❑ A lo largo del proceso de intervención, deberá ir incorporando a los padres para evitar que acaben desapareciendo como figuras de referencia para sus hijos. Habrá que trabajar su sentimiento de culpa por ser “malos padres”, y a entender “que la culpa no justifica la inhibición y que poner límites a su hijo es ponerle una guía que le protege en su desarrollo emocional” (Herranz, T, Candelas, V, Oria, R; Pág. 151, 2004). ya que esto estará presente en todos los casos, y de modo destacado en los que haya síntomas físicos muy evidentes.
- ❑ Es fundamental, estar en contacto con el/los médicos de los niños, para conocer los tratamientos farmacológicos que están recibiendo.

7. Descripción breve de dos casos clínicos

1º Caso:

Paciente de 5 años de edad, el mayor de 2 hermanos varones, Padre y madre trabajan fuera de casa durante todo el día; él casi nunca los ve. Mala relación con su madre y con su hermano pequeño; a su padre lo vive como una figura afectiva pero débil, incapaz de darle seguridad. Síntoma somático: alopecia areata en nivel muy avanzado.

Escena planteada: Muestra mucho miedo a que le castiguen si no hace bien los deberes.

R.H. La profesora le regaña y él se exige hacerlo perfecto.

R.S. sugerida por el terapeuta: “mira a ver si el niño puede cometer fallos sin que le regañes”.

R.S. del niño. “No pasa nada, el próximo día lo harás bien.”

2º Caso:

Paciente de 9 años de edad, padres divorciados desde hace varios años. Cada uno de los padres, tiene una nueva pareja, con la que tiene una hija. Nuestra paciente es por tanto, la mayor de tres hermanas, con las que aparentemente se lleva bien. Los padres biológicos de la niña se llevan mal entre ellos, aún en la actualidad. Síntoma somático: la paciente manifiesta episodios recurrentes de colon irritable.

Escena planteada. Trae a escena a los miembros de su familia, pero después de nombrarlos es incapaz de hacer nada con ellos.

RH. “no puedo decidir qué hacer con ellos, porque luego se enfadan conmigo”.

RS del terapeuta. “Esto es un lugar mágico, dónde todo es posible y dónde no tienes que elegir nada que no quieras; Mira a ver, si te gustaría o no, qué hagan algo, aquí nadie se va a enfadar contigo”.

R.S del niño. “Vamos a jugar a que hacemos una fiesta”.

Bibliografía

Herranz, T. y Osorio, I. (1992). Respuesta psicósomática en el proceso de intervención familiar.

Vínculos. Revista de Psicodrama, terapia familiar y otras técnicas grupales. Numero 5. Pp. 47-57.

Herranz, T. (1999). *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao: Desclée de Brower.

Herranz, T.; Candelas, V. y Oria, R. (2004). *Psicodrama con niños*, en Herranz, T (2004). *Psicodrama clínico: teoría y técnica*. pp. 133-151 .Madrid: Ciencias Sociales.

Marty, P. (1995). *La psicósomática del adulto*. Argentina: Amorrortu Editores.

Pedreira, JI; Menéndez, F. (1981). *El síntoma psicósomático en la infancia: Valoración psicodinámica*.

Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría (AEN), Volumen I, pp 81-93.