

Debate

SOCIODRAMA Y PSICOPATOLOGIA VINCULAR DEL EPILEPTICO

*Consideraciones acerca del «Tratamiento con Sociodrama Familiar de un niño epiléptico con disconductas» **

*En respuesta a «El difícil problema de la Psicopatología del epiléptico» ***

Pablo ALVAREZ VALCARCE ***

Agradezco, en primer lugar, el comentario clarificador que F. BERMEJO y col. hacen a mi artículo desde la perspectiva de la Neurología, sobre todo por la amplia bibliografía que aportan sobre un tema en el que, como dicen las conclusiones, no son definitivas. Sin embargo, quisiera efectuar una serie de aclaraciones al respecto. En parte, la ausencia de mayor información en mi artículo es debida a la restricción que en su extensión original me fue impuesta por el consejo de redacción de esta Revista por razones de espacio. El extravío de la fotografía del E.E.G. bajo sueño que me fue amablemente cedido por el Servicio de Neurología del «1.º de Octubre» (entregada junto al artículo para su publicación) ha impedido el debate de otro aspecto interesante en la controversia actual de las ELT, como es el de la difícil interpretación de las puntas temporales registradas bajo sueño, sobre todo cuando, como sucedía en este caso, aparecían también en regiones centrales, lo que plantea un problema de diagnóstico diferencial con otros Ritmos Especiales¹ que no comportan necesariamente patología comicial así como con artefactos diversos. Por otra parte, podría considerarse aquí el concepto de Heterocronía, sobre el que abundantes autores llegan a la conclusión de que las anomalías E.E.G. tales como puntas focales y descargas paroxísticas, aparecen en gran número de niños en los cuales el denominador común es la existencia de «dificultades relacionales» para la adaptación con el ambiente². Aceptando que el término «crisis convulsivas atípicas» no es muy afortunado, con él quise señalar el hecho de que las quince crisis que en total sufrió el paciente nunca fueron iguales una a la otra, pues en unas perdía la conciencia y en otras no, en unas había relajación de esfínteres y en otras no, en unas había convulsiones tónico-clónicas generalizadas y en otras parciales o ausencia; todas duraron al menos diez minutos. El tratamiento instaurado por el neurólogo, comenzó con Sinergina (2 comp./día) para cambiarse enseguida por Misoline (1 comp./día) y Neosidantoina (1 comp./día). Este tratamiento neutralizó las descargas motoras comiciales pero empeoró las discontínuas apareciendo por primera vez intentos de autolisis. Creo que en mi artículo⁴ se expone de manera sucinta la exposición y la psicopatología del paciente, pero trataré

(*) Artículo publicado en el núm. 13 de esta Revista, págs. 189 y 197.

(**) Artículo de F. BERMEJO y col. publicado en la sección de Debate del núm. 14 de esta Revista.

(***) Grupo de Estudios de Sociodrama de Madrid.

de ampliar esta información. La exploración llevada a cabo en el Hospital Instituto San José a los 11 años de edad incluyó los tests rutinarios en estos casos (WAIS, Rorschach, Bender, etc.) concluyéndose así en el informe: «Inteligencia normal, dificultades graves manipulativas, alteraciones grafoperceptivas, inmadurez y mal control emocional con intolerancia a la frustración. No se detectan síntomas psicóticos del tipo de alucinaciones o ideas delirantes, aunque la familia sí los refiere. La familia también refiere crisis febriles en varias ocasiones».

La psicopatología de este paciente es compleja pero trataremos de describirla. Los ataques de furor son descritos por la familia así: «... de pronto tiene un cambio, no sabemos por qué, pues se le meten tonterías; dice que los demás se ríen de él, que comentan cosas de él y se pone desahogado, arremete contra todos y hasta coge el cuchillo amenazándonos; ... como un diablo, saltando en la cama con un cuchillo, agarrándose a las lámparas...». Se trataría aquí de lo que K. SCHNEIDER ha llamado «reacción deliroide», que surge de un peculiar estado de ánimo a partir del cual resultan comprensibles la significación y la referencia anormales³. En este caso, el contenido persecutorio es comprensible genéticamente⁴. La pseudoalucinación consiste en la audición dentro de su cabeza de la palabra «mátalo», solamente durante los ataques de furor y que tiene carácter psicógeno (a diferencia de la alucinosis de las ELT) pues tiene características mixtas de representación mental (es imaginaria y aparece en el espacio interno) y de percepción (diseño determinado, fidelidad sensorial, constancia de forma e independencia de la voluntad), faltando la conciencia de irrealidad (presente en la alucinosis orgánica) ya que el paciente sólo toma conciencia discriminativa del fenómeno a raíz de una entrevista familiar^{3,4}. Los intentos de autolisis son para suicidios utilizados para conseguir afecto y dominar el ambiente^{3,4}. El paciente presenta impulsividad agresiva con sentimientos de culpa genuinos, distinta de la agresividad psicopática de los trastornos de conducta antisociales. Esta impulsividad es típica de los trastornos psicoorgánicos³. Desde el punto de vista del etiquetado diagnóstico, este paciente cumple los criterios diagnósticos del Negativismo de la DSM-III⁵.

Considerando lo previamente expuesto, surge el difícil problema de las pseudoconvulsiones o convulsiones psicógenas cuyo diagnóstico diferencial es especialmente complicado en este caso, pues a su favor hablan la falta de patrón típico de la crisis, la difícil interpretación del registro EEG, la presencia de otras personas de la familia durante las crisis, la ausencia de lesiones por caída o mordedura de lengua, la inconstancia de la relajación de esfínteres, así como la larga duración de los ataques³. La falta de determinación en este caso de los niveles plasmáticos de prolactina y gonadotrofinas tras la crisis, oscurece aún más el exacto diagnóstico diferencial⁶. Este problema se complica aún más cuando observamos que en un estudio de seguimiento de casos de convulsiones psicógenas, se demostró la existencia de epilepsia genuina sobrepuesta en el 37 % de los casos, depresión en el 44 % de los casos, y personalidad histérica en el 34 % de los casos, con casos mixtos. El curso fue malo o muy malo en el 56 % de los casos y la mayor causa fueron los problemas psicosociales de los pacientes más que los cuadros convulsivos⁷.

Evidentemente, es la anoxia cerebral producida por la parada cardiorespiratoria en los primeros meses, la que tiene capacidad de producir focos irritativos temporales y de otra localización. Ahora bien, lo que interesa a la Psiquiatría es qué significado tiene la distrofia intestinal sufrida por el paciente para el desarrollo posterior de la psicopatología estructural y vincular del caso. La «enfermedad» que presentó el paciente es para nosotros un caso claro de Repulsa Pasiva Primaria por parte de la madre^{8,9,10}, casos que presentan intolerancia alimentaria total, llegando a desarrollar respiración de CHEYNE-STOKES, palidez, hiposensibilidad, shock y coma y cuyo tratamiento exige alimentación parenteral y transfusiones. Esta repulsa de la madre es explicable genética-

mente y evidenciable en la conducta posterior de ésta ⁴. Este padecimiento produce alteraciones en la integración neurofisiológica en la que se apoya normalmente la primera conducta motora del niño, el acto de mamar. Parece demostrado ^{10,11} que las vías nerviosas que conectan el estómago, la boca, las extremidades superiores y el oído interno con el SNC funcionan al nacer (están mielinizadas), siendo la base neurofisiológica de coordinación y desarrollo de la conducta motora infantil primera. Las sensaciones en los tres órganos perceptuales ancilares presentes al nacer (la mano, el laberinto y la epidermis) están subordinadas al sistema perceptual central de la cavidad oral, por estar éste enfocado a la supervivencia, por tener una función anaclítica ¹⁰. La organización psíquica presente al nacer es una organización cenestésica. Es éste un sistema de captación generalizado, primordialmente visceral, que tiene su centro en el Sistema Nervioso Vegetativo (hipotálamo y sistema límbico) y se manifiesta en forma de emociones. Es un fenómeno de todo o nada. Posteriormente, con la maduración (mielinización) del Sistema Nervioso, se alcanza una organización diacrítica con la percepción situada en los órganos sensoriales periféricos y es localizada, circunscrita e intensiva; sus centros están en la corteza y se manifiesta por procesos cognitivos. La zona oral es zona de transición entre lo interoceptivo y lo exteroceptivo ¹⁶. La organización diacrítica evoluciona a partir de la cenestésica y ésta, aunque socialmente silente en el adulto joven, permanece neurológicamente conectada y activa, pudiendo ante situaciones de tensión irrumpir violentamente con descargas emocionales primarias, indiferenciadas e indiscriminadas ¹⁰. En contraste con las relaciones cognitivas que se basan en engramas sensorio-motores influidos por las referencias espacio-temporales, los engramas afectivos se basan en mecanismos sensorio-motores y sensorio-visceral de naturaleza inmediata. Estos engramas afectivos nunca se independizan completamente de las reacciones tónicas, posturales y vegetativas que permiten su expresión.

Es a todo lo anterior a lo que nos referíamos en las consideraciones estructurales del caso ⁴ al hablar de las alteraciones en la integración del sistema neurovegetativo y a la activación de un foco temporal latente por estímulos alarmógenos (emocionales) que alcanzan el Núcleo del Yo ¹⁶ (organización cenestésica) al fracasar los mecanismos reparatorios instaurados por el Yo (organización diacrítica).

En efecto, los trastornos de conducta y la psicopatología del vínculo madre-hijo eran anteriores al desarrollo de la epilepsia y no es fácil establecer una relación causal entre patología psicosocial y epilepsia. Sin embargo, hay casos descritos en la literatura en los que un psicotraumatismo fue el desencadenante de un cuadro psico-orgánico con epilepsia ¹².

Para comprender por qué proponemos el Sociodrama Vincular y Familiar como terapia idónea de estos trastornos, debe comprenderse que más allá de la patología estructural del paciente, es la psicopatología vincular la que mantiene las disconductas y ensombrece el pronóstico ¹⁸. Los buenos resultados obtenidos en este caso ⁴ no hacen más que confirmarlo. La psicopatología del vínculo madre-hijo comienza a manifestarse en el cuadro de Repulsa Pasiva Primaria ya descrito, y se acentúa con la conducta agresiva de la madre a raíz del nacimiento de otro niño muerto por vuelta de cordón cuando el paciente tiene cinco años, llegando incluso a morderle a la edad de siete años dejándole una cicatriz visible aún hoy. Ambos actúan sus roles en el «vínculo paranoide». El niño tiene un gran temor al rechazo y una tendencia de acercamiento, mientras que la madre tiende a rechazar con una tendencia de huida en el vínculo, quedando así culpabilizado el paciente. Esta culpabilidad fue evidente en el curso del tratamiento ⁴ y hay autores que piensan que las perspectivas terapéuticas dependen de la posibilidad de disminuir el sentimiento de culpa del epiléptico ^{18,14}. El comienzo de las voces que oye desde los siete años son asociadas por el paciente a la cicatriz de la mano: «mi madre me clavaba las

uñas y me mordía cuando yo me enfadaba... cuando me intenté suicidar no había voces, yo era un brujo que quería quitar el hijo a sus padres... al principio cuando las voces me decían "mátalo", yo me arañaba». Uno de los ataques de furor con posterior amenaza de suicidio, comenzó cuando su hermano se compró unos zapatos negros que al paciente no le gustaron «porque me recordaban el luto». En una de las entrevistas diagnósticas, la madre dice que a veces desea que el niño se muera y después matarse ella. El paciente responde que a veces quiere matar a su hermano y a su madre y después matarse él. En la casa es frecuente la situación en que la madre le pega con la correa y el padre con la zapatilla. Un «lapsus linguae» de la madre sitúa la fecha de nacimiento del paciente en la fecha en que nació el niño muerto por vuelta de cordón, lo que nos hace comprender que el paciente es vivido inconscientemente por la madre como un «niño-niña muerto», lo que explicaría el cuadro de Repulsa Pasiva Primaria.

En el curso del tratamiento ⁴ nos refieren fenómenos de despersonalización en ambos cuando se implican brutalmente en el vínculo agresivo paranoide. La despersonalización es la negación del vínculo, la tentativa de no ser nadie para no tener compromiso en el vínculo. En la epilepsia, cuando la agresión disminuye como tentativa de destrucción de la situación persecutoria, puede aparecer la despersonalización como última tentativa de ligar el afecto al objeto del vínculo ¹³. Es decir, yo no lo odio, o bien el que lo odia no soy yo. La despersonalización proyectada fuera es la desrealización que a veces sufre el paciente siendo el comienzo de la actividad deliroide y dando lugar más tarde a las pseudo-alucinaciones a través de la identificación introyectiva con el agresor.

Nuestra aproximación al caso, trata de superar la dicotomía entre lo constitucional y lo adquirido, pues detrás de estos conceptos existen axiologías que exigirían un difícil análisis sociométrico y axiodramático para su exacta objetivación. El progreso de la psicología médica ha contribuido a poner de relieve la interdependencia y la actividad de intercambio entre el organismo y su medio. Desde el Psicodrama entendemos el conflicto como representativo de roles insuficientemente desarrollados, lo que da lugar a vínculos patológicos con relaciones de sometimiento donde no es posible discriminar. Nuestra lectura del desarrollo neurofisiológico procura especial atención al logro de una mayor capacidad de discriminación con la maduración del sistema nervioso. Discriminar eficazmente conduce a una posición o «status» sociométrico más objetivo dentro del grupo de pertenencia, pudiendo entonces elegir y ser elegido y rechazar y ser rechazado de forma más adecuada al contexto para cada acción emprendida con el otro. El Sociodrama utiliza la teoría y técnica psicodramática para objetivar los roles y los valores de un grupo cultural, dando así la posibilidad de reestructurar la cualidad de los vínculos.

En un estudio llevado a cabo utilizando Psicoterapia Psicodramática con un grupo de niños epilépticos que mostraban graves trastornos de conducta ¹⁴, se encontró una disminución del número de ataques, modificaciones favorables en el trazado electroencefalográfico y desaparición parcial de las disconductas. Los niños que obtuvieron una sensible mejoría en sus disconductas fueron aquellos que como en nuestro caso ⁴ pudieron recorrer el desarrollo existente entre el tipo de «niño agresivo preedípico» de SLAVSON cuyo conflicto básico se sitúa en los primeros meses de vida, hasta el «niño agresivo edípico», de SLAVSON ¹⁵ el cual usando mecanismos reparatorios histéricos puede relacionar la agresión, la rabia y el miedo con los roles de tercero excluido, identificación con uno de los progenitores, etc. Nosotros creemos que el Psicodrama en grupo debe combinarse con Sociodrama Familiar para mejor conseguir este desarrollo de forma estructurada y progresiva. Entendemos, pues, la psicoterapia como un «proceso» de crecimiento y aprendizaje. Por otra parte, hemos podido demostrar en

un reciente trabajo de investigación¹⁷ que el Psicodrama en grupo mejora el nivel de contacto con la realidad, las conductas de autonomía e integración social y el «status» sociométrico intragrupo de los esquizofrénicos crónicos deteriorados, lo que nos hace confiar en la eficacia de este método terapéutico en las patologías que afectan gravemente el Núcleo del Yo.

Tenemos que insistir en el hecho de que en este caso se trabajó en Estructura Terapéutica brindando al paciente tratamiento farmacológico y psicoterapéutico adecuado a cada etapa del «proceso», con la colaboración de distintos profesionales. Es este tipo de colaboración la que nos gustaría seguir manteniendo en la medida en que existan oportunidades de investigación que, sin duda, irán en beneficio de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CASTELL CUIXART, P.: *Electroencefalografía Pediátrica*. Ed, Espaxs. Barcelona. 1982.
- 2 CALVO ROJAS, M.: *El EEG en los trastornos del comportamiento y del aprendizaje*. «Monografías de Pediatría. Psiquiatría Infantil», núm. 27, septiembre 1985.
- 3 VALLEJO RUILOBA, J. y col.: *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 2.ª ed. Ed. Salvat.
- 4 ALVAREZ VALCARCE, P.: *Sociodrama Familiar de un niño epiléptico con disconductas*. «Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría», vol. V, núm. 13, 1985.
- 5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd. edition.
- 6 DANA-HAERI y col.: *Prolactin and gonadotrophin changes following generalized and partial seizures*. «J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry», 46, 331-335, 1983.
- 7 KRUMHOLZ, A. y NIEDERMEYER, E.: *Psychogenic seizures: A clinical study with follow up data*. «Neurology», 33, 498-502, 1983.
- 8 RIBBLE, M. A. (1938): *Clinical studies of instinctive reactions in newborn babies*. «Amer. J. Psychiatry», 95.
- 9 SPITZ, R. A. (1953): *Shaping the personality (Film)*. Nueva York. University Film Library.
- 10 SPITZ, R. A.: *El primer año de vida del niño*. Ed. F.C.E. México.
- 11 TILNEY, F. y CASAMAYOR, L. (1924): *Mielinogeny as applied to the study of behavior*. «Arch. Neurol. Psychiatry», 12.
- TILNEY, F. y KUBIE, L. S. (1931): *Behavior and its relation to the development of the Brain*. «Bull. Neurol. Inst». N.Y. 1.
- 12 KOUERNIK, MASCIANGELO y BALESTRA (1969): *La Psichiatria de l'enfant*.
- 13 PICHON-RIVIERE, E.: *Terla del Vínculo*. Ed. Nueva Visión.
- 14 PAVLOVSKY, E.: *Psicoterapia de Grupo de Niños y Adolescentes*. Ed. Fundamentos.
- 15 SLAYSON, S. R.: *Child Psychotherapy*, N.Y. Columbia Univ. Press, 1952.
- 16 ROJAS-BERMÚDEZ, J. G.: *Núcleo del Yo. Lectura Psicológica de los procesos evolutivos fisiológicos*. Ed. Genitor. Bs. As. 1979.
- 17 ALVAREZ VALCARCE, P.: *El Psicodrama en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos crónicos*. Tesis leída en la Facultad de Medicina de la U.A.M. Marzo 1985.
- 18 PICHON-RIVIERE, E.: *Patogenia y dinamisismos de la epilepsia*. En «La Psiquiatría, una nueva problemática». Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.