

## **Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional.**

Roitman, Clara Rosa.

Revista de psicoanálisis, Número Especial Internacional, N°6, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1999.

Este trabajo surge de la investigación teórico-clínica realizada a lo largo de varias décadas cotejando trastornos en los niños (incluso bebés), con patologías en pacientes adultos, especialmente aquellos que presentan trastornos psicosomáticos. En estos casos me ha llamado la atención, al igual que a otros colegas, que hasta el momento en que el trastorno se hace presente el paciente parece una persona fuerte, equilibrada y en algunos casos con una rica producción en el campo laboral o profesional. Lo mismo observé con algunos pacientes adictos, de aquellos que dicen poder controlar la ingesta. Lo que llamaba mi atención era la coexistencia, escindida, de por lo menos dos fragmentos anímicos: uno vinculado a componentes neuróticos o con un grado de equilibrio que permite un ajuste adecuado, y otro que no había alcanzado el logro psíquico que supone el pasaje de la alteración interna a la acción específica (Freud, 1950a, 1900a), por lo menos en cuanto a su predominancia.

Mi interrogante se centra en torno de la organización de las escisiones en el psiquismo. Parto de un supuesto: que tendríamos que considerar distintos niveles de organización de este, y por lo tanto distintos niveles en que se produce la alteración, siendo las escisiones una de estas formas de alteración que, cuando se producen tempranamente, pueden modificar la estructura, y producir alteraciones en la organización representacional.

En este trabajo deseo considerar las primeras escisiones, aquellas que se originan sobre una base somática, en relación con las primeras manifestaciones afectivas.

El trabajo posee varios apartados: I. Notas clínicas acerca de un bebé desde su nacimiento hasta los dos meses, en que aparece una alteración, que puede ser significativa debido a su eficacia posterior. Las notas clínicas abarca hasta los 10 años, pero es en ese momento temprano en el que deseo detenerme. II. Sobre el desarrollo psíquico temprano y la función maternante. III. Perturbaciones en el yo real primitivo, la conciencia originaria y la representación. IV. Contribuciones al estudio de las escisiones tempranas. V. Sobre la vida pulsional. VI. La clínica con pacientes adultos.

### **I. Presentación clínica**

Mariana fue primera hija, muy deseada. Nació a término. Pesaba 3,200. El parto fue con fórceps, la madre no sabe por qué, ya que ella estuvo en sala de parto muy poco tiempo. La respuesta fue: "No sale". Durante la internación el bebé no estuvo al lado de la madre. Lo traían para comer y lo dejaban un rato. La mamá no se sentía bien, primero mareada por la anestesia, y al tercer día tuvo fiebre sin que la viera un médico hasta la noche. Mariana estaba oscurita, pero la mamá pensó que era de piel mate. A los pocos días observó que se aclaraba. Cuando la llevaban para comer estaba profundamente dormida. Era difícil despertada, igual mamá algo. La madre pidió que la viera un neonatólogo, que llegó de noche, la examinó y afirmó que era normal, y que estaba despierta, que quizás en la nursery le daban algo para sedarla, y que se entenderían mejor al volver a casa.

Ya en la casa la mamá descubrió qué pasaba. Mariana dormía profundamente desde las 7 de la mañana hasta las 18 hs. aproximadamente, despertándose sólo para comer, y a esa hora comenzaba a estar más vivaz. Cuando comenzaba a adormecerse (en esos horarios) y se la quería poner en la cunita, se despertaba abruptamente, como sobresaltada, y comenzaba a llorar. Consultado el pediatra, dio indicaciones de que la entretuvieran de día y que la casa entrase en ritmo de reposo al anochecer, pero no hubo cambio. Mariana comenzó a llorar cada vez con más fuerza. Parecía molesta, dolorida, con cólicos (siempre en esos horarios). No usaba chupete, lo escupía. La madre se sentía presionada por la familia, que le decía que ya la había malcriado, que la tenía que dejar llorar para que se acostumbrase. Cuando tenía aproximadamente un mes la dejaron llorar 12 minutos. Madre e hija terminaron agotadas y la señora llamó al

pediatra que dijo que no la dejara llorar así y la "autorizó" a tenerla en brazos el tiempo que el bebé necesitara porque Mariana podía herniarse.

Con esta autorización la mamá y Mariana pasaron juntas muchas noches en la mecedora, pese a los intentos constantes para que el bebé se acostumbrase a dormir acostada. En muchos momentos, durante los primeros tres meses, Mariana parecía cansada o enfurruñada, dando muestras de un malestar difícil de interpretar: ¿hambre, sed, calor, cambio de posición? Se tranquilizaba y adormecía en brazos. En otros momentos, cuando estaba despierta (generalmente de noche), era alegre y vivaz.

El sueño invertido cambió aproximadamente entre los 5-6 meses, pero igualmente había que acompañarla, acunarla: cuanto más cansada estaba, más difícil resultaba que se durmiera. Esto fue así sobre todo durante el primer año, pero presentó dificultades para dormirse hasta los 6 años.

Al mes tuvo una otitis que curó con antibióticos. La mamá cree que se enfermó porque tomó frío. Más o menos al mes, si estando despierta se la ponía en la cunita boca abajo, levantaba la cabecita, la echaba hacia atrás y observaba con atención el entorno. Tenía una expresión seria, reconcentrada. Por esa misma época, al levantarla de la cunita, muchas veces se echaba, curvada, hacia atrás (opistótono), pero con caricias bajaba su tono muscular y se moldeaba sobre el cuerpo de la persona que la sostenía.

Por indicación del pediatra a los 3 meses se le introdujo papilla láctea y a los 4 meses papillas de vegetales, ya que parecía constipada. Esto le produjo cólicos, y se le continuó dando en dosis mínimas. Igualmente continuó tomando pecho hasta el año, aunque se le incorporaron sólidos a los 6 meses. Alrededor de los 2 meses comenzó a chupar la punta de su sabanita y continuó escupiéndolo el chupete.

A los 3 meses se le colocó un sonajero atado por sus dos extremos en los bordes de la cunita, que ella lo golpeaba para escucharlo. Alrededor de los 5 meses comenzó a participar el papá para hacerla dormir en brazos o para acunarla.

A los nueve meses, con el mayor desarrollo de la motricidad de sostén y movimiento, comenzó a pararse apoyándose primero en la cunita. También saltaba en ella, de buen humor y mucho interés. Desde el suelo, se paraba activamente apoyándose en sus cuatro extremidades. También se ejercitaba en la marcha, de la mano de un adulto o apoyándose en las paredes, infatigable y feliz. Se alimentaba bien y era un bebé atento y sonriente. Continuaban los problemas para conciliar el sueño. A los 14 meses comenzó a caminar sola, y también a pronunciar sus primeras palabras. Entre ellas prevalecía "iá", mientras señalaba, que correspondía a "mirá", término que a menudo usaba también la madre para mostrarle algo. No se la podía perder de vista, pues parecía no tener noción del peligro. A los 16 meses tuvo una quemadura de segundo grado en un brazo, al tirarse sobre la falda de su madre, que sostenía en ese momento una taza de té.

Era infatigable, pero se caía con frecuencia al caminar, como perdiendo el equilibrio. Por este motivo, a los tres años se le hizo un EEG, para el cual se le dio un sedante, y ya dormida hizo una convulsión. El pediatra dijo que daba una respuesta paradójica a los sedantes. No aclaró más. El EEG no mostró alteraciones. A los dos años hablaba muy bien y era muy expresiva.

Desde el mes, siguió con las otitis a repetición, cada 40 o 50 días, combinadas con anginas hasta alrededor de los diez años. Los médicos, luego de todo tipo de análisis, no encontraron nada orgánico. Hablaron de "bajas defensas". Mostraba cierto grado de hiperkinesia, tolerada por su familia, que la sacaba a pasear o la llevaba a la plaza.

En la escuela primaria mostró cierto grado de déficit atencional. Alrededor de los siete años (con un cambio de escuela) evidenció apetito diferencial. ¿Cierta anorexia larvada? A los once años comenzó a tirarse y arrancarse los cabellos, de a uno (tricotilomanía). También presentó alergia respiratoria suave y un bruxismo suave. Debido a sus constantes fisuras en los dedos de las manos cuando practicaba deportes se la encontró hiperlaxa. Se apasionaba por ir a parques de juegos tipo Disney World, sobre todo la "Montaña rusa" y otros en que prevalecían la velocidad y el vértigo.

La mamá cuenta que esa primera época le resultó muy difícil, y cree que por eso le quedaron tantos recuerdos. Sentía que por momentos podía entender a

su bebé y por momentos no, ya que a la niña nada le venía bien, y se sentía agobiada entre su propia falta de sueño, los reproches familiares y su sentimiento de que a su hija le pasaba algo, de que sufría por algo, y de que no hallaba el camino para resolver la situación. Más adelante pudo relacionar la situación difícil del primer año de vida de Mariana con algunas alteraciones metabólicas surgidas durante el embarazo, sobre todo movimientos en los dedos de los pies mientras dormía, y que parecían derivar de un déficit de fósforo y potasio. La madre no tomó por entonces la medicación indicada por temor a que así se dañara al bebé en el útero.

### **¿Qué interrogantes nos despierta este material clínico?**

En primer lugar merece citarse una alteración notable al nacimiento (expresada en la oscuridad de su piel) que no fue diagnosticada adecuadamente, luego el sueño invertido, y sobre todo el conjunto de alteraciones en el dormir y los estados en que parecía molesta, enfurruñada, ¿dolorida? Era difícil entender qué le pasaba, y nada le venía bien. La hipertonía, los cólicos durante el primer trimestre, y lo que yo tomaría como el atajo con que este bebé enfrentó la situación dolorosa: levantar la cabecita y mirar el mundo exterior, acudir a la percepción, precozmente, ayudada por su hipertonía, quizás congénita.

Podemos pensar en una perturbación temprana en el vínculo, pero no sabemos si el trastorno se presentó debido a alteraciones en la conducta de la madre o si la madre se interfirió por no poder calmar al bebé. Pareciera tratarse de un encuentro poco adecuado (pese a los esfuerzos de todos los participantes), pero me pregunto acerca de la especificidad de este tipo de trastorno. ¿Por qué no ocurrió una retracción o no se recurrió a maniobras autocalmantes? (Smadja, 1993)

Desde el nivel somato-afectivo pareciera producirse un primer movimiento (¿defensivo?) de salida desde un interior doloroso hacia un intento de investidura de la percepción distal, mientras que se mantenía una cierta vulnerabilidad somática. Dejemos paso a los conocimientos teóricos que podamos ir acercando respecto del desarrollo que surge desde sus orígenes somáticos.

## **II. Sobre el desarrollo psíquico temprano, la función maternante y las primeras interacciones**

Inicialmente, el niño está abrumado por la acumulación de estímulos derivados del pasaje de la vida intrauterina a la vida fuera del seno materno. Debe reacomodarse ante los intercambios químicos (metabólicos) y soportar los estímulos mecánicos, como el del parto. El bebé pasa por breves momentos de vigilia, y lucha por mantenerse despierto (Brazelton y Cramer, 1990). En lo anímico se da una pugna por mantener el principio de constancia, un equilibrio homeorrheico (Waddington, 1957, Maldavsky, 1992), es decir un equilibrio con una direccionalidad vital.

El bebé va organizando su mundo sensorial, que al principio es un mundo de frecuencias (Freud, 1950a, Lacan, 1964, Tustin, 1990). En un principio se captan frecuencias mundanas, que armonizan con los ritmos endógenos pulsionales. El niño se tranquiliza al escuchar ritmos conocidos, especialmente maternos. Así ocurre con la voz de los progenitores, sobre todo la de la madre, cuyas vibraciones fueron sentidas en el útero, y lo mismo ocurre con sus latidos cardíacos (Brazelton y Cramer, 1990). El laleo, que reproduce la línea melódica del lenguaje materno, es un ejemplo posterior.

En principio, la atención vuelta hacia el exterior es de tipo reflectorio (Freud, 1950a), es pasiva, no está dirigida activamente hacia el mundo real. Primordialmente está vuelta hacia el mundo interior, capturada por los estímulos provenientes del soma. Los movimientos de descarga son inicialmente poco discriminados y las exigencias pulsionales, esencialmente las de autoconservación con el narcisismo apegado a ella, se resuelven por medio de la alteración interna (Freud, 1950a, 1900a), concepto que retomaré posteriormente.

Lo importante es la tendencia a mantener un estado constante, en que la tensión no sea desmesurada ni nula. De los estímulos externos el niño está protegido parcialmente por la pantalla antiestímulos y por la función de tamiz y

filtro maternos; de los estímulos endógenos, pulsionales, no hay protección ni huida posible.

Progresivamente se constituyen las zonas erógenas que hacen de mediadoras entre la sensorialidad intero y propioceptiva y la sensorialidad distal. El primer objeto de la pulsión (no discriminado como tal) es el propio cuerpo. Este opera pues como fuente de estimulación y como objeto de satisfacción. Desde el punto de vista libidinal, llamamos a este estado autoerotismo. El concepto de zona erógena se refiere a una organización investida no solo por las pulsiones de autoconservación, sino también por las libidinales. Esta investidura aporta un plus de placer a la satisfacción, y un funcionamiento particular en relación con la energía psíquica regida por el principio de placer, que se instaura a partir del principio de constancia, que opera como primer basamento regulador. Esto significa que la libido se constituye en anaclisis, apoyándose en las pulsiones de autoconservación.

Si bien los estímulos captables sensorialmente (y por lo tanto diferentes de la tensión pulsional) surgen en principio preponderantemente del soma, no todos se dan simultáneamente, o al menos no todos tienen la misma jerarquía. Primero se consideran los estímulos interoceptivos, conjuntamente con los táctiles y los propioceptivos (posición, equilibrio, resistencia a la gravedad, tonicidad) y luego se les agregan los exteroceptivos. En esto influye la maduración neurológica. Ocurre una progresiva mudanza de investiduras desde los órganos internos hasta los receptores de superficie (la periferia exterior, según Freud, 1926d) que captan las propiedades del mundo exterior. Al mismo tiempo se da un progresivo pasaje desde la alteración interna hasta la acción específica. La mediación en el pasaje de las investiduras hacia la percepción distal se logra gracias al desarrollo y la sobreinvestidura de las zonas erógenas que entran en contacto con el mundo exterior.

La energía psíquica, que surge del soma como su fuente, va invistiendo las percepciones y los registros de las alteraciones en los primeros ritmos y frecuencias; con ello surge una conciencia primaria, conciencia de sí, el inicio de la subjetividad. Los primeros registros de percepciones endógenas constituyen el basamento sobre el cual se inscriben los signos perceptivos, en vínculos de complejidad creciente, a los que luego se suma la gran riqueza de las percepciones del mundo extracorporal. Estos signos perceptivos van a ir constituyendo las huellas mnémicas (1950a, Carta 52).

En cuanto a la alteración interna (Freud, 1950a, 1900a) abarca también las descargas vaso-motrices o secretorias, primeros modelos del afecto. Pero es sobre todo un modo inicial de tramitar las exigencias pulsionales. Este concepto se complementa con su par: acción específica, que implica buscar en la realidad exterior el objeto que pueda satisfacer la exigencia pulsional. Entre las pulsiones procesadas al comienzo por alteración interna figuran las de dormir (1940a), respirar (Freud, 1950a), nutrirse (Freud, 1918b, 1950a), sanar. A esta última Freud (1933a) la denomina pulsión orgánica. Varias de ellas (dormir, sanar, respirar) seguirán procesadas durante el resto de la vida por la alteración interna, mientras que la de nutrición suele tramitarse luego mediante la acción específica.

En cuanto a los afectos, la alteración interna corresponde a procesos de desprendimiento pulsional. La acción específica implica el desarrollo de un sistema de memoria, es decir, de un sistema que inhiba la descarga cuando no aparece la percepción coincidente con el recuerdo. Esta memoria se combina con una acción dirigida a fines, como el procurarse el objeto en o desde la realidad exterior. Pero en un comienzo la investidura recae sobre todo en estímulos de tipo visceral, percepción intero y propioceptiva: posición en el espacio, resistencia a la gravedad, sensaciones vibratorias, táctiles, térmicas (Roitman, 1993).

Luego del nacimiento, la madre funciona para el niño como el primer filtro, tamiz y paragolpes de las cantidades de estímulos que provienen del exterior. Bion (1963) nos habla de la capacidad de reverie que permite a la madre captar las necesidades del bebé y lo desintoxica. Spitz se refiere a la empatía cenestésica, como la capacidad materna de captar las necesidades del bebé, especialmente las corporales. Podríamos agregar que con ello se formaría la matriz, la base de las primeras identificaciones corporales. Volviendo a Freud (1950a), la madre es el primer objeto amparador, que responde al grito del niño, a su llamado y le

proporciona la acción específica necesaria. También es el primer objeto hostil, cuando no está presente ante la emergencia de la necesidad.

La madre posibilita también la constitución de las zonas erógenas, a partir de su libidinización, por mediación del contacto. Maldavsky (1986) plantea que permite la "apertura libidinal" de las zonas erógenas, las inaugura como tales y las constituye como totalidad, como cuerpo erógeno. Los trabajos que dan importancia al vínculo con la madre son múltiples, entre los cuales no podemos dejar de mencionar a Winnicott. Green (1980) ubica a la madre dentro de un circuito libidinal. Acerca de la importancia del deseo de la madre, o de los padres, nos han hablado los autores que continúan la escuela de Lacan.

Queda abierta la posibilidad de considerar qué pasa cuando la función de tamiz y filtro no funciona y/o por el contrario la madre proporciona tal cantidad de estímulos, que valen como un empuje constante, como el de las pulsiones. De esta manera el bebé no puede diferenciar estímulos de la realidad objetiva (de carácter mecánico) de estímulos pulsionales, químicos. Su ansiedad puede comunicarse a partir de la aceleración del ritmo respiratorio y cardíaco, o de su tonicidad, que se vuelve extremadamente alta o baja, o de su timbre de voz.

El campo de lo que recibe el bebé en el útero aun necesita ser estudiado adecuadamente, ya que ciertos trastornos muy tempranos pueden tener un origen en estimulaciones de tipo químico debidas a cambios metabólicos, producidos por estados de angustia materna, especialmente cuando esta no es registrada como tal. La función de filtro completa una necesidad del recién nacido: la de constituir una pantalla protectora ante los estímulos, especialmente los que provienen del exterior, ya que los pulsionales no pueden ser filtrados. Pero la madre puede en este punto ayudar a restablecer un equilibrio, en principio de tipo homeorrheico, es decir con una direccionalidad. En este vínculo madre-bebé, ambos poseen un valor activo, y las reacomodaciones recíprocas pasan por múltiples vicisitudes y dificultades, a menudo de resolución compleja. Spitz estudió la percepción cenestésica o profunda, que es eficaz fundamentalmente en los primeros seis meses de vida, en tanto que la percepción diacrítica (receptores distales) es posterior y en nuestra cultura tiene preeminencia. Según este autor, durante el embarazo y el periodo posterior al parto las madres activan su capacidad potencial para la respuesta cenestésica.

### **Un retorno a la clínica**

¿Cómo entendemos los trastornos en Mariana? Desde el nacimiento y durante unos cinco o seis meses mostró dificultades para la regulación de los ritmos nigtales. También tuvo dificultades para sostener el sueño: se adormecía y con el cambio de posición se despertaba. Asimismo, reveló un malestar difícil de comprender por los padres, y que según nuestra interpretación tenían que ver con indicadores poco específicos en el bebé. Todo esto podía culminar en llantos intensos y un arqueo tónico (opistótono) que cedía al ser levantada (cambio de posición), acariciada, acunada. Luego surgieron los cólicos y los dolores intensos con la otitis, rápidamente detectada porque al mamar y tragar rompía en llanto. Entre el mes y los dos meses, cuando estando despierta se la colocaba boca abajo, levantaba la cabecita y mira atentamente el entorno. Estas son, en síntesis, las manifestaciones más llamativas que pueden combinarse con el marco global del desarrollo anímico corriente recién descrito, para dar lugar a nuevas conjeturas.

### **Hallazgos teórico-clínicos recientes**

Si el bebé humano no contara con el auxilio del agente maternante, no podría tramitar ni las pulsiones de autoconservación ni las libidinales (Freud, 1900a, 1950a). Las investigaciones pediátricas y psicoanalíticas fueron dando cada vez más importancia a los estudios centrados en estas interacciones (Winnicott, Spitz, Kreisler, Fain y Soulé, Brazelton y Cramer, Lebovici). Todos ellos sostuvieron que el bebé no era una hoja en blanco preparada para ser llenada por su entorno, especialmente la madre.

Sin embargo, es fundamentalmente en este década cuando comienza a darse enorme importancia al estudio de las capacidades (e incapacidades) que trae un bebé, y a la continuidad de la vida pre y post natal. Este desarrollo estuvo facilitado por adelantos técnicos que permitieron que ciertos ritmos vitales

podrían ser estudiados con mayor precisión, especialmente los referidos al SNC y los centros reguladores, al sueño y sus distintos estados, a la alternancia sueño-vigilia, y el grito. La otra situación que impulsa los estudios sobre el desarrollo temprano es la gran cantidad de bebés prematuros que los progresos científico-técnicos permite que se mantengan con vida.

De esta forma los estudios sobre las interacciones tempranas se constituyeron en esenciales como apoyo para entender las alteraciones (las de ese momento y las posteriores) y para proponer medidas terapéuticas. Simultáneamente se pudo conocer mejor a este pequeño sujeto humano, que no siempre viene al mundo tan normal como parece, ni tan alterado que llame poderosamente la atención. El vínculo puede también alterarse por muy diversos factores: conflictos infantiles reprimidos de la madre, sobrecarga de trabajo y cansancio, celotipia del padre o falta de trabajo, enfermedad terminal de los abuelos, o un bebé que viene al mundo requiriendo un poco más de atención que otros, y en ese momento es difícil brindársela, o se desconoce que la necesita.

Una propuesta de este trabajo es estudiar, a partir de un vínculo alterado, cuál fue el atajo que tomó el bebé, entre los múltiples posibles, y cuál es la explicación con que el psicoanálisis nos ayuda a comprender la estructuración temprana de su psiquismo y el sentido que esto puede tener para la organización futura. Quizás este estudio contribuya a hacernos comprender que eso que llamamos sobreadaptación, y su contrapartida, la vulnerabilidad, pueden originarse tempranamente, y sobre estas bases las defensas y la organización yoica y superyoica pueden perturbarse.

Más concretamente, en relación con la situación clínica antes descrita, Spitz (1954), Kreisler, Fain y Soulé (1973) se referían a los cólicos del primer trimestre como una alteración en que coinciden una hipertonicidad (¿congénita?) del niño con una solicitud ansiosa de la madre, que tiende a dar alimento sin horario, cuando el hijo lo solicita.

Por su parte, Brazelton y Cramer (1990) afirman que, si aceptamos que el recién nacido es un participante activo en la interacción temprana, la cuidadosa evaluación de un bebé individual debería ayudarnos a comprender su parte en el vínculo. Al estudiar los estados de conciencia en recién nacidos, señalan que la longitud de los ciclos de sueño cambia normalmente con la maduración del sistema nervioso. Una falta de regularidad en estos ciclos puede indicar la presencia de problemas en el desarrollo del SNC.

Los bebés inmaduros e hipersensibles tienen ciclos de sueño más breves y su capacidad para pasar del sueño ligero al profundo es deficiente. Necesitan más tiempo y apoyo del medio para no despertar a intervalos cortos cada vez que pasan al sueño MOR ("movimiento ocular rápido"). Los autores estudian los estados de vigilancia, el nivel de excitación y de actividad motriz, y la calidad de la vivencia afectiva. Los recién nacidos utilizan los diferentes estados en la serie vigilia-dormir profundo para controlar las tensiones endógenas o exógenas, y organizar su vivenciar. Según este criterio, estados y sus cambios forman parte de mecanismos de regulación primitivo. Destacan que entre los neonatos se observan importantes diferencias individuales respecto al pasaje de un estado a otro.

Los autores aluden también a una respuesta protectora -habitación-consistente en una clausura del SN como defensa contra un exceso de estimulación proveniente del exterior. Aunque se produce un estado similar al sueño, la situación es diferente, ya que los bebés se ponen más tensos. Tal estado parece un intento de mantener activamente el control sobre el medio, en lugar de relajarse y dormir, la situación lleva a pensar que hay una activa regulación del control de los estados de alerta en el período neonatal, pero que no siempre se lleva a cabo con eficacia.

Hay niños que nacen con inmadurez pronunciada. Cuando esta persiste luego de un tiempo, aun no se ha podido determinar si la hipersensibilidad sensorial, el escaso control de los estados, los distintos estados de alerta y la excesiva reacción motriz que caracteriza a estas situaciones obedece a la persistencia de dificultades de los neurotransmisores o a la ansiedad de los padres.

Brazelton y Cramer y Lebovici coinciden en que el bebé es un participante activo en el proceso de formación de la relación temprana; por lo tanto este es un

agente en el vínculo, con cierto grado de independencia. El enfoque de la relación entre la madre y el lactante data de unos cuarenta años, y solo alcanza su verdadero desarrollo en los últimos veinticinco. Las primeras concepciones de la relación progenitor-lactante hacían del bebé un objeto pasivo sobre el cual se ejercían diferentes influencias parentales. Se veía al lactante como una arcilla informe sobre la cual los padres podían modelar a gusto e imprimir su marca. Desde fines de la década de 1960, la relación progenitor-lactante ya no es presentada como camino de mano única. Desde entonces el bebé se nos muestra como un ser capaz de influir en su entorno humano, tanto como está sometido a las influencias de dicho entorno. Se comprobó también que los bebés presentan grandes diferencias individuales en su modo de entrar en interacción con la madre y esto permitió discriminar hasta dónde las diferencias entre los lactantes tienen origen en los distintos tipos de cuidados proporcionados por la madre o las respuestas variables de la madre se originan en las características del bebé.

Estos autores señalan que el examen de las capacidades sensoriales e interaccionales, tomando bases experimentales, revela que los recién nacidos tienen mayores capacidades que las que se les adjudicaba tradicionalmente. En relación con las diferencias individuales entre los recién nacidos, Stoléru (en Lebovici, 1983) sostiene que si bien estos intervienen en la interacción, no todos lo hacen de la misma manera, ya que existen notables diferencias respecto de la irritabilidad, la aptitud para ser calmado o consolado o consolarse por los propios medios, los estados de alerta y sobre todo la capacidad para adoptar y mantener un estado de vigilancia calmado y atento. El origen de las diferencias individuales comprobadas en el recién nacido es un punto que se mantiene relativamente inexplorado, pero se las supone vinculadas con el equipamiento genético y las influencias de la vida intrauterina. El medio intrauterino es muy variable y el feto puede verse sometido a agresiones infecciosas, carencias nutricionales, agentes tóxicos e influjos dependientes del estado emocional de la madre. También influyen las experiencias del nacimiento y de los primeros días de vida fuera del útero. Los bebés dejados en contacto con la madre, apenas nacidos y luego también cerca de ella, tienen interacciones más fluidas y activas a lo largo del tiempo que aquellos separados y luego acercados alrededor de 40 minutos para ser alimentados.

Varios autores destacan la importancia de los gritos del lactante (prefieren utilizar esta palabra que connota un aspecto acústico, sin referirse al llanto). Estos gritos constituyen no solo señales de necesidades de los bebés y de sus estados, sino también de las alteraciones. Lebovici agrega que para los psicoanalistas es también relevante considerar en los aspectos que hacen a la vida psíquica del bebé el papel que desempeñan las fantasías de los padres en la elaboración de la vida psíquica de su bebé.

Gorsky (1991) sostiene que, observando ciclos de motilidad espontánea en el feto y el neonato, se advierte una estabilidad durante la gestación y las diez primeras semanas de vida. Pareciera que en ese momento se producen cambios dramáticos en las organización del cerebro y sus regulaciones. Esto se observa especialmente a partir de patrones de comportamiento y registros electrofisiológicos de los estados de sueño y vigilia y llanto.

También el ciclo básico de la actividad de descanso es diferente del ciclo de vigilia-sueño. El primero está regido por la actividad del sistema nervioso autónomo, que es regulador de las funciones homeostáticas. Los estados de vigilia y sueño reflejan la competencia del SNC, que también modula las interacciones del infante con el entorno externo. Se han realizado también estudios sobre el temperamento, considerado como un estilo de comportamiento, que no se refiere a actos discretos y que posee un fundamento biológico. Cuidadores y bebés aportan sus temperamentos individuales, creando comprensión o confusión y conflicto.

Gorsky aludió también a un síndrome de inmadurez del recién nacido, sin alteración neurológica, que se caracteriza por la inestabilidad en los patrones de sueño, sueño-vigilia y llanto. Estos bebés dan respuestas poco claras al entorno, y es difícil para sus padres tranquilizarlos. Consultado acerca de Mariana, Gorsky consideró que entraba dentro de este síndrome.

Consideraremos ahora más detenidamente la cuestión del tono temprano (es decir el grado de contracción de los músculos en reposo). J. de Ajuriaguerra

(1984), siguiendo a Wallon, alude a un tono de base, vinculado a la extensibilidad de las articulaciones y la consistencia de los músculos. Se vincula con posiciones, gestos y movimientos. Wallon, en 1928, hablaba de la relación entre tono y afectos y del establecimiento de un diálogo tónico-afectivo temprano entre el niño y su madre. Esta organización tónico-motriz se va extendiendo al movimiento, al conocimiento y al plano social (especialmente gestos). Ajuriaguerra describe fases del desarrollo motor; la primera se refiere a la organización del eje axial, la organización tónica de fondo, la organización e información propioceptiva y la desaparición de reacciones primitivas.

Las fibras neuromotoras proporcionan información propioceptiva y están vinculadas a receptores cutáneos (tacto, presión) y de dolor. Se logran modificaciones del tono postural mediante estimulación laberíntica (equilibrio) y mediante la estimulación de la sensibilidad propioceptiva: caricias, baños tibios, balanceo.

Bergés (1988) alude a las primeras fases del desarrollo sensorio-motriz, en las que lo más importante son los ritmos vegetativos y el eje axial corporal. Las primeras coordinaciones se hacen sobre las fluctuaciones rítmicas del tono. Ciertas crisis tónicas del bebé se acompañan de tempestades vegetativas. Señala modificaciones que se producen en el tono en relación a estados de sueño, vigilia, el despertar, el dormirse y la importancia de estos ritmos, vinculados a las incertidumbres de la vida emocional. Las reacciones respecto al equilibrio son sumamente precoces y frecuentes en las alteraciones neonatales. Sin embargo, en estas aportaciones de la neurofisiología no queda claro el lugar adjudicado al equilibrio. Agregaré otros aportes que quizás nos ayuden a comprender el valor del sentido del equilibrio y la sensibilidad a los cambios de posición.

En el Tratado de Anatomía Humana de Prives, Lisenkov, Bushkovich, de 1975, en el apartado dedicado a Anatomía Cósmica, se presta atención al equilibrio. Con la salida del hombre al cosmos, este comenzó a penetrar en un medio exterior, con otro tipo de propiedades: ausencia de atmósfera aérea y de atracción terrestre. Esto permitió estudiar cierto tipo de cambios que se producen, entre ellos en el aparato locomotor, al que consideran como un sistema de superación de la gravitación (atracción gravitatoria). El aparato de superación de la gravedad en las condiciones del campo de atracción de la tierra trabaja en unión con el analizador estatocinético. Este último es considerado entonces no solo como un analizador del equilibrio, la estática y la dinámica del cuerpo, sino también como un analizador de las fuerzas de atracción terrestre. Este analizador está ligado con el del oído; por eso, según la tradición, se unen el órgano del oído y del equilibrio (órgano vestibulococlear). Existen además receptores de esta información en las articulaciones y arterias.

De este modo, toda la evolución del hombre en las condiciones de vida de nuestro planeta favoreció la aparición de un órgano especial, adaptado a las fuerzas de gravitación terrestre, que se desarrolla junto con el órgano del oído y del cual se fue separando poco a poco hasta volverse independiente. Por consiguiente a los órganos de los sentidos conocidos se agregaría el analizador de la atracción terrestre y la posición en el espacio.

Pensamos entonces que si bien el infante humano está biológicamente preparado para el pasaje de un medio líquido (en el útero) a un medio aéreo, en algunos casos no lo está adecuadamente, y el síndrome de inmadurez al que se refiere Gorsky puede mostrar cómo algunos bebés no desarrollan adecuadamente las regulaciones esperables y poseen una alta sensibilidad a este tipo de sensorialidad, que se vuelve dolorosa.

### **Otro retorno a la clínica**

Podríamos pensar que el trastorno de Mariana se debía a los cólicos, y que estos iban a ceder cuando el bebé, por mayor desarrollo psíquico, pasará a tener medios más efectivos para procesar las tensiones, tal como lo describen Spitz y Kreisler, Fain y Soulé. Estos autores afirman que tales trastornos siguen una línea, en que ceden o progresan patológicamente hacia otros. En el caso de Mariana se mantuvieron las alteraciones. Quizás podríamos pensar que la hipertonicidad respondía a un dolor de tipo propioceptivo. Sería una respuesta al dolor producido por determinados cambios de posición, y los cólicos se relacionarían con esta tensión dolorosa, y no son únicamente la causa del dolor. Spitz ya planteaba que



en su producción influye un exceso de tensión que podía ser aliviado por la descarga por chupeteo. Yo agregaría que los orígenes de esta tensión se relacionan con alteraciones en las regulaciones, especialmente con un dolor de origen propioceptivo. De hecho, los trastornos se redujeron a medida que Mariana maduraba y tenía otros recursos.

Distintos autores han relacionado la regulación tónica con la presión cutánea suave. Clínicamente se observó que bebés prematuros y los hijos de madres drogadictas padecen de un estado de agitación difusa y que se tranquilizan al ser fajados suavemente o rodeados en la incubadora con una sabanita, es decir cuando se ejerce sobre la superficie cutánea una presión suave. Mariana también se tranquilizaba en brazos. ¿Malcriada o necesitada de esta presión que la aliviaba de un dolor de otro tipo?

Cuando el bebé está en el útero tal presión está ejercida desde el medio líquido en que se encuentra. Quizás algunos bebés no realicen fácilmente las regulaciones homeorrheicas, tal como lo plantearon los autores citados, y, al igual que los cosmonautas, sufran alteraciones en receptores arteriales y articulatorios y/o viscerales. La respuesta a este dolor es tónica y afecta a la función del sueño, aparte de producir cólicos.

Podríamos agregar que, de acuerdo a la anamnesis, estos trastornos siguieron una línea, en que algunos cedieron (los cólicos), y otros se mantuvieron, sobre todo las perturbaciones del dormir; la sobreinvestidura defensiva de las percepciones distales, que Mariana desarrolló posteriormente, dificultó la retracción narcisista. Por fin, se desarrolló también una hiperkinesia, que se expresó en el momento en que comenzaba un mayor desarrollo de la musculatura de movimiento, que permite que las descargas sean dirigidas a los desplazamientos motrices y la exploración del mundo exterior.

En este sentido surge un interrogante, ya planteado por Spitz, acerca de cuáles son las condiciones que llevan a que los estados de alteración interna se mantengan, o decrezcan y desaparezcan. Podemos comprobar que luego de su desaparición en algunos niños aparece otro tipo de alteración, ya dentro de lo que podríamos llamar trastornos funcionales del primer año o patologías psicosomáticas tempranas. Estos trastornos tempranos, cuando la consulta es realizada a propósito de un niño mayor, y con una patología ya declarada, no siempre figuran en las historias clínicas. No sabemos entonces si existieron o no, o si no fueron registrados por las madres, o bien fueron sepultados en el olvido.

En el caso de Mariana la alteración temprana de las funciones relativas a la regulación de los ritmos circadianos y a los cambios de posición en el espacio quizás derivaron de que al nacer padecía un estado tóxico. Este le impidió regular el ritmo del sueño y cuando pudo hacerlo surgió la sensibilidad a los cambios de posición. Quizás influyó en todo ello la perturbación en el vínculo con la madre, pero no es este el aspecto que procuramos estudiar aquí.

Ya señalamos que para Spitz puede darse una combinación entre un bebé con una hipertonicidad congénita y una madre ansiosa que interpreta cualquier muestra de incomodidad del hijo como pedido de alimento, y al dárselo aumenta su peristaltismo. Los cólicos consecuentes se alivian con la "terapia del chupete", ya que mediante la actividad oral el bebé puede descargar una tensión corporal.

Alrededor de los tres meses este síndrome desaparece. En esa época el bebé desarrolla conductas dirigidas e intencionadas hacia su medio, y respuestas sociales. Después del tercer mes las energías del infante están canalizadas en otras actividades y el nivel de tensión desciende.

En Mariana encontramos algo más: la coraza tónica, que pareciera tener el sentido de una pantalla contra los estímulos abrumadores y difíciles de descargar, y que funciona a la manera de una prótesis. También la tonicidad le permite erguir la cabecita, el pasaje desde la sensibilidad profunda a la investidura de la percepción distal: se trata de un desvío de la atención, realizada especialmente en posición horizontal, aquella que la hace despertar cuando está adormilada

### **III. Perturbaciones del yo real primitivo, la conciencia originaria y la representación-cuerpo**

Freud (1920g, 1926d, 1950a) sostiene que el dolor surge cuando una incitación perfora una coraza antiestímulo. Sobre todo describe el dolor por una incitación que atraviesa la coraza externa, pero destaca que también existe una

periferia interior, que asimismo puede sufrir la intrusión. La coraza tónica parece ser un equivalente, en la periferia interior, de la superficie inexcitable en la periferia exterior. En este sentido la hipertrofia defensiva en dicha coraza tónica conduce a interrogarse sobre el tipo de dolor del cual defiende. Sostuvimos que el dolor se desarrolla en el nivel de los analizadores del equilibrio, la estática y la dinámica del cuerpo, y sobre todo de las fuerzas de atracción terrestre. La perturbación específica en este caso permite refinar las conjeturas sobre el mundo sensorial y motriz intracorporal, con su lógica interna, como parte del proceso de constitución y desarrollo del yo real primitivo y las defensas normales y patológicas tempranas. Entre estas últimas figura la sobreinvestidura prematura de un mundo exterior mediante la percepción distal. Freud (1950a) sostenía que el desvío de la atención es un recurso central en la defensa ante el dolor. En el caso de Mariana, una alternativa de alivio se daba gracias al contacto suave en el piel, pero para ello dependía de la respuesta ajena; en cambio, el ver era una conducta activa siempre disponible. Luego este camino condujo al desarrollo de una motricidad que le permitía desplazarse por el espacio, como camino para el procesamiento pulsional. Sin embargo, como en la niña persistían las enfermedades frecuentes, podemos inferir que la solución resultó solo parcialmente exitosa.

Freud (1915c, 1950a) sostuvo que para el yo real primitivo las incitaciones endógenas son las únicas investidas. En este momento prevalece la alteración interna por sobre la acción específica, o quizá más bien la alteración interna coincide con la acción específica. Por alteración interna se logra la consumación pulsional (dormir, respirar, por ejemplo, inclusive nutrirse, gracias a un tragar pasivo). También por alteración interna surgen los afectos y las somatizaciones. Igualmente, por alteración interna se crea esta coraza tónica como defensa ante ciertos dolores en la periferia interior. La hipertrofia en esta coraza puede ser testimonio de un estado tóxico, de una estasis pulsional temprana, en cuyo caso quedaría perturbada la base de la conciencia originaria.

En este caso me refiero a la **conciencia inicial, primordial** (1950a, Carta 39), aquella vinculada a la percepción de los aumentos y decrecimientos de la tensión. No aludo a lo que Freud llamaba conciencia pensar secundaria (Carta 52, La Interpretación de los sueños), que permite hacer conciente lo inconciente a partir del vínculo con la representación palabra.

Freud ubica esta conciencia originaria en los inicios del psiquismo, como una de las condiciones para la organización de este, al hacer de base para la memoria y el pensamiento. Estaría en los orígenes del yo real primitivo (Freud, 1950a, Roitman, 1993) y se iría formando con la organización del aparato protector ante los estímulos. Para este yo real primitivo las pulsiones son la incitación preeminente, ya que de ellas no puede huir: tienen un empuje constante, en que alternan los momentos de sosiego con otros de incrementos de la tensión.

En este mundo cuantitativo, en el cual existen incitaciones pulsionales y un sistema nervioso, surge la conciencia gracias a la aparición de los afectos (como una cualificación de la cantidad) y posteriormente de un mundo sensorial diferenciado. El contenido de la conciencia son las cualidades, que tienen un rasgo diferencial, en diferentes series. Entre tales cualidades las primeras en tener hegemonía son los afectos (derivados de la alteración interna), y puede ocurrir que un déficit en este terreno conduzca al énfasis en la atención dirigida hacia un mundo exterior, mientras que un resto de pulsión, que no puede cualificarse por este camino y permanece en estasis, promueva el desarrollo de una acción motriz inespecífica, tipo hiperkinesia. El precio pagado por la combinación entre hipertonicidad y sobreinvestidura del mundo sensorial distal, ambas con un valor defensivo patológico, consiste en una falta de cualificación (ligadura) pulsional, una tendencia fallida a la tramitación inespecífica vía motilidad hiperkinética y una disposición a las somatizaciones en lugar del desarrollo del afecto.

Además, Freud (1923b) sostuvo que el dolor corporal constituye una base para la creación de la representación-órgano. El proceso que culmina en la generación de esta representación requiere de una sobreinvestidura de dicho órgano, una vez que el dolor ha cesado. Pero si en lugar de ello el dolor persiste, y se realiza una sobreinvestidura defensiva de la percepción distal, entonces la representación-órgano ya mencionada no se desarrolla. La generación de representaciones-órgano parece inherente a la actividad del yo-real primitivo (Maldavsky, 1992), y entre los procesos que le son característicos se halla el

apoderamiento identificatorio de la propia osamenta y la musculatura correspondiente (Haag, 1991). La falla en este proceso es expresión de una fijación en un momento temprano de la vida psíquica. En tal caso, la hemorragia pulsional que es propia del dolor (Freud, 1950a, Manuscrito G) solo resulta contenida precariamente (Roitman, 1995).

Igualmente, es habitual que el recién nacido responda a las incitaciones sensoriales dolorosas (ante el estímulo que es la gravitación) con una conducta de apego (Bowlby, 1960/61), que a veces queda remplazada por un opistótono defensivo y una hipertrofia de la tonicidad. En este sentido, la tricotilomanía ha sido interpretada (Maldavsky, 1995) como una expresión de una búsqueda de aferramiento a sí mismo y del fracaso de dicha tentativa, este último manifiesto en el momento del tirón que corta el cabello y lo separa del cuerpo propio.

La alteración de la conciencia primaria implica además una incapacidad para reconocer los estados pulsionales como propios. Esto lo encontramos en el paciente psicósomático adulto, quienes no se dan cuenta de los mensajes de alteración en su cuerpo, dado que no disponen de suficiente subjetividad para registrarlos.

Sin embargo, habitualmente el desarrollo no se detiene. Si la estimulación dolorosa es muy alta adquiere intensidad traumática (Roitman, 1995), y no es la vivencia de placer la que tendrá el privilegio como brújula del psiquismo, sino la de dolor, y con ella la tendencia a apartarse de lo doloroso, que en principios se presenta por la vía de la percepción y posteriormente por la del recuerdo (Freud, 1950a).

Se genera una hemorragia psíquica, una tendencia a los estados de desinvestidura: de atención, del yo, del objeto, es decir a la pérdida de la capacidad de mantener un universo representacional. Si estos estados de dolor se potencian en el vínculo temprano con el objeto, este se pierde en su capacidad protectora, e igualmente se pierde el recuerdo del mismo en los estados de desinvestidura. Esto lleva a una organización labil de las primeras identificaciones (Roitman, 1997, 1998a). Si estas implican un vínculo afectivo, que se inscribe en la memoria, y fueron frustrantes, la tendencia es que se borren por procesos de desinvestidura, o por una tendencia a alejar el recuerdo del objeto que ocasiona dolor. A menudo, sin embargo, las cosas no llegan a este extremo, y hallamos más bien situaciones intermedias, que requieren de una conceptualización más sofisticada, como las que intentamos realizar aquí en relación con los dolores internos, la hipertrofia de la coraza tónica y la sintomatología difusa ya descrita.

Fain (1991), al referirse al insomnio precoz del lactante, jerarquiza el problema de la percepción y del objeto, con lo cual concuerdo pero en mi aporte agrego el problema de la conciencia originaria y el afecto como núcleo de la constitución de la subjetividad. El objeto tiene importancia, pero no necesariamente se trata del objeto sensorial, ya que influyen desde el objeto vías de comunicación tales como el contagio afectivo.

Desde un enfoque metapsicológico surgen así dos problemas: a) el referido a la percepción y la huella mnémica, b) la conciencia primordial como algo unido a la percepción, o no. El interrogante derivado es acerca de cómo llega la conciencia primordial a abrocharse a la percepción, o desabrocharse de ésta. Si se produce este último caso de desligadura entre conciencia y percepción, la conciencia y la atención derivadas de esta quedan dañadas. Esta situación puede producirse debido a una invasión de estímulos (endógenos y exógenos) de características traumáticas que desorganiza la estructura. En el material clínico de Mariana ubicamos su origen en un nacimiento traumático, un dolor posterior, e interacciones tempranas perturbadas, en que participó la conducta del bebé.

### **Un nuevo retorno a la clínica**

En Mariana, la coraza tónica intenta reforzar a la pantalla antiestímulo, y la investidura de atención hacia el mundo exterior es algo prematura y tiene características de defensa para evitar un proceso de descarga pulsional de tipo hemorrágico. Esta defensa se constituye para mantener la organización yoica, que se desarrolla simultáneamente.

En ella no funcionaron bien las primeras vías intentadas, centradas en la alteración interna. Hubo un fracaso parcial en la segunda vía: la dificultad del pasaje desde la alteración interna a la acción específica. Igualmente el desarrollo

siguió, y con cada nueva exigencia mostraba un cierto desequilibrio: la anorexia encubierta, y posteriormente el tirarse los pelos que Ajuriaguerra y Bergés clasifican dentro de los trastornos de la motricidad. Podríamos interpretar estas manifestaciones como intentos de descarga de un monto de tensión que no puede ser adecuadamente procesado. Igualmente, podemos considerar que ambas manifestaciones son intentos de provocarse un tensión no conciente -hambrienta en el primer caso, dolorosa en el segundo- como forma de poner un dique a los procesos de desinversión. En ese sentido entrarían también la búsqueda de sensaciones de vértigo en la "Montaña rusa".

Estos actos procuran mantener la conciencia primaria, la conciencia de sí, la subjetividad, a partir de lo doloroso. Son formas de masoquismo erótico: se repite en un intento de ligar afectos y representaciones vinculadas a la alteración interna (visceral, tónica, postural) y al movimiento. En estos actos confluyen los intentos de constituir y preservar las identificaciones primarias, a costa de una cierta vulnerabilidad.

#### **IV. Contribuciones al estudio de las escisiones tempranas**

Podemos adjudicar a esta coraza tónica un valor en el marco del desarrollo de escisiones defensivas tempranas. Por un lado evitan el vaciamiento por dolor, y mantienen la economía psíquica en un principio de constancia. Impiden la caída a cero, al principio de inercia. Por otro lado, al organizarse las vivencias de satisfacción y dolor (nueva regulación económica sobre la base del principio de displacer-placer, con el desarrollo de acciones específicas), frente a la inminencia del dolor se recurre en exceso a la defensa previa, sobre todo a un refugio en un estado de no excitabilidad.

En consecuencia, libido y autoconservación operan en el nivel de un sistema funcional, y mantiene la predominancia de la alteración interna. Al mismo tiempo se produce una investidura lábil del sistema representacional derivado de las vivencias de satisfacción y de dolor, lo cual reduce la complejidad económica y tónica necesaria para la constitución y el mantenimiento del principio del placer.

La sobreinvestidura del sistema tónico, sin posibilidad de una adecuada tramitación psíquica por la vía de las representaciones, potenciaría a su vez un proceso de estasis. Pero no nos referimos a las neurosis actuales (libido sexual somática), ni a la retracción narcisista de las psicosis, previa a la restitución. Estaríamos en este caso planteándonos una estasis que abarca también a las pulsiones de autoconservación, como Freud (1926d) lo destaca en relación con los traumas.

La sobreinvestidura prematura de atención de la percepción exterior (que marca una diferencia con la inermidad, la pasividad total ante incitaciones dolorosas endógenas, o quizás exógenas) resulta una solución precaria, una forma inicial de la sobreadaptación, con la consiguiente estasis pulsional de la autoconservación, con la libido narcisista en anaclisis. Esto lo deducimos del predominio de los trastornos orgánicos (en el caso de Mariana, los procesos infecciosos a repetición sin que se les encuentre un factor específico que los produzca. Los clínicos planteaban que las defensas somáticas eran bajas). Otra vía de salida se produce con el dominio de la motricidad de movimiento, a partir de los nueve meses o antes, que da lugar a una cierta hiperkinesia, a menudo tolerada por el ambiente familiar. La adquisición del lenguaje y su riqueza expresiva permiten el procesamiento representacional: se han constituido los sistemas inconcientes y preconciente, la pulsión se liga a representaciones-palabra, pero las enfermedades (por prevalencia de la alteración interna) se mantienen. En la escuela pueden aparecer, como en Mariana, dificultades de atención, que son toleradas en el ambiente escolar y familiar. El déficit atencional revelaría una suspensión rápida y transitoria de la conciencia primaria, de origen funcional (Roitman, 1998a).

Las alteraciones somáticas (en el caso de Mariana, una anorexia y un bruxismo leves, la tricotilomanía) suelen subsistir coexistentes con un desarrollo psíquico creciente en otras áreas. Los recursos recién mencionados, que implican una modificación interna para mantener un equilibrio pulsional, una tensión vital que neutraliza la hemorragia, conducen a describir un desarrollo psíquico con líneas paralelas, en conflicto.

Una línea corresponde a la desinvertidura de la realidad hacia el yo corporal y la estasis de las pulsiones de autoconservación, con las pulsiones libidinales en anaclisis. En estos pacientes parecieran darse procesos contrapuestos en cuanto a una regulación económica: pueden presentar una tendencia a desinvertir, por efecto del dolor, o pueden mantener un resto de tensión, sin descarga ni procesamiento psíquico.

Otra línea corresponde a las tentativas de tramitar dicha tensión mediante la alteración interna, en el marco de un masoquismo erógeno intracorporal (Freud, 1924c). Esta tentativa de tramitación se puede acompañar de una tercera orientación, la sobreinvertidura defensiva de la percepción exterior, distal. Una cuarta línea se basa en el énfasis en la acción específica. Esta última suele promover un ideal del yo y un superyó que conducen, por sobrecompensación, a un refuerzo de la sobreadaptación. Si estas vías paralelas no se equilibran, las más evolucionadas, complejas y lábiles pueden fracasar parcialmente e irrumpir alguna de las primitivas. Estas organizaciones, con el tiempo, se muestran escindidas, como aspectos diferentes de su psiquismo.

En relación con el surgimiento de las escisiones, podríamos decir que en principio la coraza tónica aparece como una defensa que no resuelve el problema pero intenta aliviarlo. El momento ulterior, la sobreinvertidura vía percepción, produce un desvío de la atención y un precoz recurso a la conexión con el mundo sensorial. Una parte de la libido queda en estado de estasis, y otra se dirige al mundo exterior, establecimiento un dique en relación a la corriente anterior.

Quizás podríamos conjeturar que estos dos momentos en la organización constituyen el modelo corporal, las bases neurofisiológicas (en las cuales se reúnen la vida pulsional y el funcionamiento neuronal) que facilitan y anteceden a la escisión: dos fragmentos yoicos mantienen un movimiento paralelo: uno sostiene la libido corporal (un tipo de autoerotismo vinculado con la alteración interna) y otro enlaza la libido y el interés con el mundo. Ambos movimientos mantienen cierto aislamiento y se producen sobre investiduras corporales: tónicas, perceptuales.

En un momento ulterior se constituyen las vivencias (de satisfacción, de dolor). Las cantidades han podido cualificarse y adquirir representabilidad. Se mantiene una escisión respecto al primer tiempo: por ejemplo, Mariana podía ser vivaracha y alegre pero se enfermaba con facilidad.

Más tarde, con la mayor complejidad psíquica, surge el desarrollo de funciones (marcha, lenguaje), y se establecen nuevas identificaciones primarias, pero el núcleo tónico se mantiene y con él la presencia de la alteración interna conjuntamente con la acción específica, que funcionan alternada o conjuntamente.

Con el desenlace ulterior de los complejos de Edipo y castración, las corrientes psíquicas previas pueden constituirse en defensas. Se organiza el Superyó sobre la base de las identificaciones secundarias. Se da un incremento de la represión y del masoquismo moral, con una fuerte autoexigencia acompañado de sentimientos de inferioridad. El tratamiento psicoanalítico suele contribuir al alivio de estas tensiones internas.

## **V. Sobre la vida pulsional**

Para poder comprender los orígenes de lo psíquico en lo somático, así como los trastornos tempranos, necesitamos contar con un marco teórico. Por mi parte, me valdré de las hipótesis freudianas sobre las pulsiones como motor de la vida psíquica y sobre la percepción, la memoria, el pensamiento, la conciencia primordial y la génesis de las relaciones intersubjetivas. Quizás llame la atención que no mencione lo inconciente. Es que en los inicios de la vida psíquica aun no se ha formado una diferencia sistémica que lo constituya. Aun no existe inconciente, preconciente, conciente. No hay posibilidades para que la represión se lleve a cabo. El psiquismo emerge a partir de la vida pulsional con su fundamento en el soma.

Podemos considerar al soma como exterior al psicoanálisis, vinculado con lo anatómico, con lo fisiológico, y descartarlo, o bien podemos preguntarnos de qué manera estos componentes afectan la organización del psiquismo temprano, por ejemplo un bebé que nace con un ano imperforado, u otro que responde -no sabemos bien a qué tipo de estímulos- con una hipertensión. O bien podemos prestar atención, como lo hizo Freud a partir de 1915-20, a la fuente pulsional, por

lo cual el concepto de soma queda estrechamente relacionado con el campo de lo psíquico.

En 1915c, Freud desarrolla el concepto de pulsión como concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Lo somático -como fuente pulsional- queda fuera de su interés, corresponde al terreno de la biología. En cambio, en 1920g, Freud considera a las cuestiones de la fuente pulsional como parte de la teoría psicoanalítica. En 1938, en el Esquema, retoma ambos planteos. Nos dice que el núcleo de lo psíquico es este componente somático: la pulsión y el sistema neuronal.

Si intentamos analizar las conceptualizaciones de Freud respecto de la pulsión, podríamos encontrar dos definiciones: a) Concepto límite entre lo psíquico y lo somático, exigencia de trabajo para lo anímico. b) Concepto que alude a la aspiración a retornar a un estado anterior. Entonces la pulsión se caracteriza por su tendencia conservadora.

Freud (1923b) nos dice, además, que se presentan conflictos entre las pulsiones. Algunos se dan a nivel de sus representantes ideativos y afectivos. Otros conciernen a los dos grandes grupos pulsionales: Eros y pulsión de muerte.

Las pulsiones que son exigencias de trabajo para lo psíquico son las correspondientes a Eros. La definición que nos da en 1915 (exigencia de trabajo para lo psíquico) es pertinente para aludir al primer tipo de conflictos. La teoría de las pulsiones de 1920 conduce más bien a pensar que la pulsión de muerte es una exigencia de trabajo para Eros y no para lo psíquico. (Maldavsky, 1992). Solamente después que Eros ha neutralizado la pulsión de muerte, se puede transformar en una exigencia de trabajo para lo psíquico.

En principio las pulsiones de autoconservación tienen un doble valor: por un lado son responsables de la neutralización del principio de inercia (tendencia al retorno a lo inorgánico) al imponer rodeos a la vuelta a la falta de tensión vital. Pero al mismo tiempo la pulsión de autoconservación, integrante de Eros, en el seno de las pulsiones de vida es representante de la pulsión de muerte (Freud, 1920g). Freud plantea que el destino de la vida es la muerte, el retorno a lo inerte. Las pulsiones de autoconservación tienden a asegurar una muerte con rodeos. "Las pulsiones de autoconservación ... son pulsiones parciales destinadas a asegurar el camino hacia la muerte peculiar del organismo y a alejar otras posibilidades de regreso a lo inorgánico que no sean las inmanentes... El organismo solo quiere morir a su manera, también aquellos guardianes de la vida fueron originariamente alabarderos de la muerte" (pág. 39). Existen pues dos formas de retorno a lo inerte: a) por cortocircuito: morir a la manera ajena; b) por medio de rodeos: morir a la manera propia.

Cada uno tiene en sí el código de su propia muerte. La pulsión de autoconservación tiene el fin de asegurar la muerte peculiar de cada organismo y alejar otras formas de muerte que no sean las propias. Según Freud, se crea así una complementariedad con los estímulos externos: algunos concuerdan con la propia tendencia a morir; por ejemplo, en el código genético puede haber una disposición a reaccionar con espasmo de glotis ante determinados estímulos. En otras personas, la eficacia de este estímulo es neutralizada por las pulsiones de autoconservación.

A tales vicisitudes se agrega la libido en anaclisis, que inviste también el propio cuerpo, fuente y objeto de la pulsión. Las consideraciones precedentes sobre las perturbaciones tempranas en la alteración interna pueden pues ubicarse en este marco teórico más global. También incluyen interrogantes sobre los nexos pulsionales en los vínculos tempranos madre-bebé, que requieren de una consideración metapsicológica más refinada.

## **VI. La clínica con pacientes adultos**

Quizás estos aportes desde la clínica infantil y su vínculo con la génesis del psiquismo puedan contribuir a la comprensión de las patologías en adultos con estados de retracción sin restitución psicótica (Maldavsky, 1998, Roitman, 1995, 1998b), en los que se observan alteraciones en el mantenimiento y la continuidad de los procesos representacionales, tal como ocurre en organizaciones con trastornos psicosomáticos o adicciones, por citar solo algunas. Habitualmente encontramos una combinatoria de niveles: a) neurótico, escindidos en relación a

los más arcaicos, que corresponden a b) las estasis, lo traumático, y a c) lo propiamente narcisista.

Si Mariana tuviera 20 años en lugar de dos meses, podríamos decir que desmiente la realidad dolorosa, desestima a su yo que la percibe y sus afectos, y con ello la conciencia de lo percibido. Hablaríamos de desestimación del afecto (Mc. Dougall, 1991) o, en términos freudianos, de los efectos del dolor, de lo traumático, en la conciencia primordial, es decir en el yo capaz de percibirse a sí mismo.

Cuando se habla, en el adulto, de estados de vacío, depresión esencial, en general se apela a considerar los estados afectivos, o la pérdida de la capacidad de representar (Green, 1993). Aun se han estudiado insuficientemente los conceptos acerca de la conciencia primaria y la pérdida de la subjetividad, la capacidad de reconocerse a sí mismo.

Es importante considerar que cuando se presenta una patología manifiesta con compromiso corporal, esta representa una formación nueva, que es un intento de restitución a partir de fracasos anteriores. Tal vez las memorias corporales (Le Doux, 1994) puedan posteriormente mantener sensibles ciertos tejidos o sistemas, por ejemplo el tejido colaginoso, y producir trastornos inmunológicos, tal como sucede en la artritis reumatológica, el lupus, la esclerosis en placas y en otras afecciones reumáticas. O bien desde lo psíquico provocar una adicción al vértigo.

Me he preguntado acerca de la utilidad clínica de estas hipótesis. Si se tratara de un bebé, como Mariana, trabajaríamos a partir del vínculo, sosteniendo a una madre en sus esfuerzos por aliviar a su hijo, en los momentos en que la subjetividad se constituye cuando se es sentido por un otro, de un modo empático. Si se tratara de un adulto, no apelaríamos solamente a hacer consciente las fantasías inconscientes, reprimidas. Más bien tenderíamos a hacer construcciones acerca de un sentir difícil de comunicar con palabras, consideraríamos las defensas contra ese sentirse, así como las formas de reaccionar arcaicas y automáticas que permanecen agazapadas en la penumbra de la conflictiva edípica. Quizás podríamos comprender que las exigencias superyoicas actuales son relictos de antiguos intentos de ligadura entre Eros y pulsión de muerte. Orientaríamos la dirección de la cura en un sentido algo diferente de lo que hacemos cuando consideramos a un paciente predominantemente neurótico. Con estos pacientes construimos estados de desvalimiento muy temprano, estados anímicos primordiales (Tustin, 1990, Roitman, 1995) o agonías primitivas (Winnicott, 1963).

### **En síntesis**

A partir de notas clínicas acerca de un bebé desde su nacimiento y su desarrollo posterior, he realizado un análisis de la organización temprana sobre base de conceptos metapsicológicos que toman al cuerpo como fuente pulsional, en el cual se da inicialmente una pugna entre Eros y pulsión de muerte. Cobra valor la pulsión de autoconservación, con la investidura libidinal en anaclisis.

He considerado también las alteraciones en este desarrollo temprano, tomando en cuenta la relación entre la inmadurez neurológica (principalmente respecto a sistemas de regulación) y los problemas que surgen en las interacciones tempranas. He prestado atención a la tramitación pulsional inicial centrada en la alteración interna y al valor defensivo de una coraza tónica. También me referí, en un nivel más abstracto, al yo real primitivo, la conciencia originaria y la representación-órgano. He analizado el surgimiento de las primeras escisiones, propias de este yo inicial, el mantenimiento de corrientes psíquicas paralelas, que originariamente son defensas normales que buscan conservar una estructura en equilibrio. Cuando una de ellas es sobreinvertida hipertróficamente, en detrimento de otra corriente, la estructura no se integra sino que se mantiene la escisión, y esto es lo que constituye a este primer movimiento defensivo en patológico. El resto de tensión que queda sin procesamiento psíquico mantiene la prevalencia de la alteración interna, o bien, en un intento de resolución, por la vía del masoquismo erótico, puede producir alteraciones del tipo del rocking, onicofagia, la tricotilomanía, el bruxismo o manifestaciones más graves, tales como trastornos psicósomáticos, adicciones, etc., que son indicadores de perturbaciones en la organización de la estructura. Esto implica un desarrollo

vulnerable que puede perder su equilibrio y producir una defusión en la liga entre Eros y pulsión de muerte.



## Bibliografía

- Ajuriaguerra, J. de  
(1984) Manual de Psiquiatría Infantil, Barcelona, Ed. Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, J. de y Marcelli, D.  
(1993) Psicopatología del niño. España, Ed. Toray-Masson, 1982.
- Bergés, J. (1988) "El tono y la motricidad en el examen del niño", en Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente, Lebovici, S., Diakine, R., Soulé, M.  
(cap. IX), Biblioteca Nueva, Madrid, 1988.
- Bion, W. R. (1963) Aprendiendo de la experiencia, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Bowlby, J. (1960/61) La separación afectiva, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G.  
(1990) La relación más temprana. Barcelona, Paidós, 1993
- Fain, M. (1991) "Préambule à une étude métapsychologique de la vie opératoire", Revue Française de Psychosomatique, N°1, 1991. (Hay traducción, Revista de Psicoanálisis, T. LIV, N° 2, 1997).
- Freud, S. (1900a) La interpretación de los sueños, en AE, vols. 4-5.  
(1911b) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", en AE, vol. 12.  
(1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.  
(1918b) "De la historia de una neurosis infantil", en AE, vol. 17.  
(1920g) Más allá del principio del placer, en AE, vol. 18.  
(1923b) El yo y el ello, en AE, vol. 19.  
(1924c) "El problema económico del masoquismo", en AE, vol. 19.  
(1926d) Inhibición, síntoma y angustia, en AE, vol. 20.  
(1933a) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vol. 22.  
(1940a) Esquema del psicoanálisis, en AE, vol. 23.  
(1950a) Los orígenes del psicoanálisis, en AE, vol. 1.
- Gorsky, (1991) Notas de un seminario dictado por él en 1991, en el II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Primera Infancia (WAIPAD), tema:  
"El ambiente del desarrollo, continuando el maternaje".  
(1991) "Behavioral assesment of the newborn" (Trabajo publicado y entregado por él en dicho Seminario).
- Green, A. (1980) "La madre muerta", en Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.  
(1993) "Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante", en El trabajo de lo negativo, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995.
- Haag, G. (1991) "Contribución a la comprensión de las identificaciones en juego en el yo corporal", Revista de Psicoanálisis, Vol. 50, N° 1, 1993.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M.  
(1973) El niño y su cuerpo, Buenos Aires, 1977.
- Lacan, J. (1964) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis,

Barcelona, Barral, 1974.

Lebovici, S. (1983) El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces,

Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

Le Doux, J. (1994) "Emoción, memoria y cerebro", Revista Investigación y Ciencia,

Buenos Aires, Agosto, 1994.

Maldavsky, D. (1986) Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones,

Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

\_\_\_\_\_ (1992) Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

\_\_\_\_\_ (1995) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.

\_\_\_\_\_ (1998) Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números, Buenos Aires, Amorrortu Editores, en prensa.

Mc. Dougall, J.(1982) "Reflexiones sobre el afecto", en Teatros de la mente, Madrid,

Tecnopublicaciones, 1987.

Prives, M., Lisenkov, N., Bushkovich, V.

(1975) Anatomía Humana, Tomo II, Ed. Mir, Moscú, 1975.

Roitman, C. (1993) Los caminos detenidos. Buenos Aires, Nueva Visión.

\_\_\_\_\_ (1995) "Estados anímicos primordiales: Acerca de algunas formas en

que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior", Rev. de Psicoanálisis, vol. LII, nº 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.

\_\_\_\_\_ (1997) "Narcisismo primario. Entramado pulsional y yoico en la infancia

temprana", Rev. de Psicoanálisis, vol. LIII, nº 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.

\_\_\_\_\_ (1998a) "Sobre las alteraciones en el autoerotismo y el narcisismo en la

infancia temprana", Rev. de Psicoanálisis, vol. LV, nº 1. Asociación Psicoanalítica Argentina.

\_\_\_\_\_ (1998b) "Sostén del encriptamiento y de la retracción narcisista en un vinculo de pareja", presentado en el Congreso FEPAL 1998 y para el XXVI Congreso Interno y XXXVI Symposium APA.

Smadja, C. J. (1993) "A propos des procédés autocalmants du moi", Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.

Spitz, R. (1954) El primer año de vida del niño, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1991.

Tustin, F. (1990) El cascarón protector en niños y adultos, Buenos Aires, Amorrortu

Editores, 1992.

Waddington, C. H.

(1957) The strategy of the genes, Londres, Allen and Unwin.

Winnicott, D. (1963) "Miedo al derrumbe", en Exploraciones psicoanalíticas, Buenos

Aires, Paidós, 1991.

\_\_\_\_\_ (1971) Realidad y juego. Buenos Aires, Granica, 1972.