

## **Efectos de la fijación traumática a la erótica anal primaria**

María Viviana Torres

2008

Voy a referirme en esta escrito específicamente a determinado rasgo del comportamiento infantil que se corresponde con fijaciones a la erótica sádico anal primaria y que aparece con frecuencia en niños con diagnóstico de “discapacidad” mental, motora, sensitiva o genética y fundamentalmente en niños con trastornos de desarrollo. El comportamiento puede ligarse incluso a un tipo particular de entrenamiento basado en estricta enseñanza del dominio esfinteriano, en el aliento de la conducta retentiva y en la repetición.

Entre los casos de niños derivados a consulta o tratamiento psicodinámico más allá de los cinco años, con diagnóstico de autismo o trastorno generalizado del desarrollo hemos visualizado un número importante de ellos que se diferencian del resto porque persisten en sostener manifestaciones desordenadas que hacen difícil la convivencia familiar y escolar. Comportamientos tales como rabietas, enojos, estados de disociación, de confusión y descontrol y que, en general, se explican a partir de la hipótesis que sostiene al trastorno autístico en relación de la no constitución psíquica, del desmantelamiento psíquico acontecido o de comportamientos de repetición compulsiva que se describen en niños con retardo intelectual. En el caso que referiré nosotros pusimos en crisis el diagnóstico de autismo o trastorno generalizado del desarrollo, pensamos que probablemente pudo tratarse de un desmantelamiento de algunas funciones psíquicas necesarias para el relacionamiento vinculado a un sufrimiento intenso de pérdida. En el caso que describiré como en otros entendemos que es necesario revisar la historia relacional del paciente con su familia, así como, minuciosamente el curso de su evolución (primer año de vida, oralidad, analidad, etc.), las pautas de educación y las ideas que padres y terapeutas que han tratado a la criatura tienen en relación al tipo de sufrimiento infantil, al futuro de desarrollo, a los procesos

de autonomía, etc.; sobre todo, si en relación de esos pensamientos han fijado las metas clínicas y evolutivas.

A partir de un caso, intentaré mostrar como el andamiaje teórico sobre el que se asienta la comprensión del caso clínico y educativo promueve o no al paciente, pudiendo incluso perjudicarlo.

### *Leticia*

Es la hija menor de un matrimonio que tiene cuatro hijos sanos. Nace después del fallecimiento de una hermana y su madre se deprime como consecuencia de la enfermedad viral de uno de sus hijos. Ella luego ha estado muy preocupada en razón de su edad y de su salud por el estado de salud de Leticia. Hacía los dos años y seis meses la niña deja de hacer demostraciones de afecto, no jugaba, daba trabajo para alimentarse y fundamentalmente, no lograban que controlara esfínteres. Su madre reconoce la exigencia impuesta a la niña en este sentido y describe que en simultáneo a la intención de que aprendiera y dejara los pañales, ella se va de viaje y la deja y su hermana mayor se va a estudiar a otra ciudad; pensaron que los celos y el hecho de extrañar hicieron que la niña, en principio, no controlara esfínteres. A partir de los tres años y medio la niña retiene la orina y la materia fecal y se expulsa por rebasamiento; es decir no hace “pis” ni “caca” activamente, cuanto siente que se le va a escapar camina, salta, se agarra mostrando sufrimiento por la pérdida.

Entre los datos que surgen de la historia clínica sobre la que se fundamenta el diagnóstico de autismo por el que recibe un entrenamiento cognitivo conductual surgen: fue un bebé difícil de calmar, a los tres años tenía aversión a las arañas o insectos pequeños y al agua. Su madre también tiene pánico al agua. Hablaba correctamente, escribía, reconocía los números y leía carteles y algunos textos que encontraba, no defecaba ni orinaba normalmente. A los padres los tranquilizaba la seguridad que les daba el hecho de comprobar diariamente las capacidades de Leticia. El equipo integrado de profesionales diagnostica a la niña, a los tres años, un “Trastorno generalizado del desarrollo –subtipo autista, de buen funcionamiento: presenta dificultades en la interacción social, la comunicación y la conducta con un buen nivel de desempeño general en las áreas del desempeño ocupacional.” En el diagnóstico señalan que la niña presenta destrezas cognitivas que no se corresponden con su edad y que sobre ellas podrán introducir aprendizajes sociales, lúdicos y comunicacionales que se encuentran en déficit. Estos conceptos sustentaron el tratamiento que se prolongó por

tres años y fundamentaron los objetivos clínicos y educativos. A los cuatro años obtienen su certificado de discapacidad y asumen a Leticia como una niña autista.

Al cumplir seis años y a partir de una convivencia en vacaciones con sus padres y hermanos, la observan atentamente, concluyen que no es una niña autista como los otros niños autistas que se encuentran en la institución y deciden replantear el tratamiento de Leticia. Cuando consultan la niña se muestra atenta y grácil pero altanera, dirige la interacción. Llega, pide hojas, dibuja, se trata de una secuencia completa de gráficos con los que describe su actividad desde que deja la casa con los padres, llega al consultorio y luego se despide; estos se repitieron en cada consulta diagnóstica, describiendo la situación de ese día. Los trazos eran iguales, los dibujos estereotipados. Le pregunto si dibuja siempre lo que ha hecho o lo que está por hacer. Ella responde “ahora estoy coloreando, no quiero contestarte”. Luego ella y sus padres me explican que se maneja prácticamente con carteles que ordenan lo que ella debe hacer. Que este proceder ha sido una indicación terapéutica. Por ejemplo en la mesa, al medio día, ellos ponen un cartel que dice: “Leticia lávate las manos, sentate a la mesa, no te puedes parar, cuando termines de comer te puedes ir a jugar”. La niña padece una severa encopresis y retiene la orina. Defeca por rebasamiento pequeñas cantidades, cuando expulsa más cantidad la desparrama sobre su cuerpo. No quiere entrar al baño, no quiere limpiarse, tiene intenciones de conservar la materia fecal. Suele tener el vientre hinchado por la cantidad de orin y materia fecal que retiene. Su madre no hace más que preguntarle si quiere ir al baño ahora, la lleva, la toca y se encuentra pendiente de sus excrementos. Lee y escribe en castellano y en inglés, ajustándose en todos los patrones a lo esperado. No aparecen expresiones ni manifestaciones delirantes. Es reactiva a las emociones, hipersensible en lo auditivo como en lo visual. Da órdenes a todos, espera que las cumplan, el no cumplirlas es causal de gritos, golpes, berrinches. Tiene dificultades para despedirse, intenta “hacer” que los otros “hagan”. Trata de operar sobre los otros el mismo control que ejercen sobre ella mediante tarjetas y códigos de acciones establecidas previamente. Leticia lee los carteles y cumple, se ha sobreadaptado a ese proceder, los lee desde los tres años y sigue sus instrucciones cuestión que ha tranquilizado a padres y terapeutas en relación de su capacidad.

Los padres buscan una explicación para saber como tratar aquello de la niña que más los ocupa: la ausencia de flexibilidad y la necesidad de repetir rutinas, comportamientos, escenas, el control de esfínteres, los ataques de furia. Se sorprenden por su comportamiento en Educación Inicial de una escuela bilingüe y se preguntan por

su adaptación a la escuela primaria básica. Descubren que ella es en el grupo escolar una niña más. Cuestionan la eficiencia del “programa estructurado y pre académico y de control de esfínteres y de comportamiento” realizado pero tienen temor de dejarlo, ha acompañado la crianza de Leticia.

*Discusión:*

Gran parte de los intercambios emocionales entre el niño y sus padres a cualquier edad son inconscientes y fundan lo inconsciente. La acción del otro, la acción de la madre transmite a los niños representaciones cargadas de afecto sin necesidad de que se hagan conscientes para ninguna de las partes. Leticia ha vivido el primer tiempo de su vida con una mamá severamente angustiada y con padres preocupados, temerosos. Ese temor, esa angustia traspasa con facilidad y la presencia próxima física de ellos, el hecho de que le hablen o la miran ha generado en ella la reacción de evitación o de huida; reacción que se extiende a los otros o a los objetos que no conoce.

En este punto el relato de lo que pasaron juntos, la reconstrucción histórica de lo vivido o la narración de las experiencias puede aportarle a Leticia un efecto organizador.

Leticia no fantasea y si lo hace no ha encontrado caminos para manifestarlo. Puede pensar, reproducir modelos o palabras oídas; su deseo, su mismidad, están ausentes. Su subjetividad no es el motor del accionar cuando se conduce reproduciendo modelos o en respuesta a las tarjetas, en esa situación su subjetividad no está en juego, la niña aparece a la vista como un robot, debe “parecerse” a la tarjeta indicadora. Leticia está presente cuando decide retener la materia fecal y la orina, cuando ordena a otros hacer algo e ingresa en estados de furia tanto cuando pierde las heces como cuando el otro no acata. Ella no se reconoce en los mensajes de los otros y tampoco en el que emite para los otros en cuanto a los aspectos afectivos y emotivos.

Se encuentran inhibidos ciertos aspectos del desarrollo por el efecto de defensas generalizadoras y primitivas que emergen por el exceso de ansiedad que la desborda y que finalmente tramita en la forma de crisis o de angustia evitativa.

La experiencia intersubjetiva e interafectiva que es el proceso de compartir estados de ánimo y afectos no se ha desarrollado plenamente. No tiene clara la diferencia entre inofensivo y peligroso del otro, muestra sentimientos de persecución, temores y aversiones algunos de los cuales son efecto de transmisión intergeneracional

o son el resultado de enunciados identificatorios (Aulagnier 1977) y otros, consecuencia de un estado de no integración de sus experiencias emocionales.

El trastorno de ansiedad –de separación, de angustia –temor a no ser la hija que los padres esperaban, de haberlos desilusionados, de quedar excluida de la vida de su madre o de su hermana sin entender porqué, es posible que se traduzcan en temor a la pérdida y que se extiendan a las heces y la orina, resultando una forma de elaborar pérdidas tempranas, pero no es excluyente de la causación el impacto que el diagnóstico produjo en sus padres y familiares y el tratamiento posterior. Es necesario poner en crisis algunas prácticas terapéuticas y educativas y profundizar en relación de los efectos que una educación esfinteriana tan rígida y comportamental tan estructurada han producido en la criatura en relación de establecer determinados rasgos de carácter y un tipo particular de comportamiento con el otro y con los objetos.

Considero que las dificultades de Leticia encuentran su fundamento en su historia vital que compromete sus primeros años de vida (fijación a la libido intrasomática y sádico anal primaria) y en un proceso correlativo de ansiedad de la primera infancia. Las manifestaciones psíquicas y de comportamiento de la ansiedad en la infancia fueron descritas por Dio Bleichmar (2005):

- Balanceo o golpes en la cabeza, tricotilomanía, retorcimiento de dedos, mordisqueo de ropa o de labios.
- Inquietud (movimientos nerviosos constantes de manos o piernas)
- Agitación motriz desordenada, puede ser torpe
- Pataletas y berrinches
- Hiperkinesias
- Reacciones impulsivas: gritos, empujones, insultos, rasguños, etc.

Síntomas que suelen comprometer otras funciones cognitivas, atencionales o afectivas.

*Fijación al erotismo sádico anal primario: Imposibilidad de elaborar las pérdidas. Estallidos de furia*

Maldavsky (1986, 1998,1999) Manifiesta que el erotismo anal primario es compuesto, tiene dos fuentes (los cuatro componentes de la pulsión son: fuente, empuje, objeto y meta) una de ellas es la mucosa de la ampolla rectal y la otra, la motilidad aloplástica,

que son tan importantes como su ensambladura. El erotismo anal se traduce como actividad aloplástica porque pone en juego toda la musculatura y esta a su vez requiere de un esfuerzo para volverla patrimonio yoico. El complemento de la meta de perder, tributaria del erotismo anal, es la meta de aniquilar, tributaria del sadismo, según Freud. A ello, Maldavsky (1998) agrega una tercera meta: extraer.

Siguiendo a Freud, Maldavsky describe que el estallido de furia se corresponde al momento resolutivo que culmina en la expulsión del excremento; en contraposición a otro momento en el que aspira a la retención del excremento para no perder la sustancia excitante, tomada como causa imperdible de tormento erógeno en la mucosa de la ampolla rectal. El ataque de furia deriva de la vivencia de haber sido doblegado en el esfuerzo muscular por mantener al excremento como incitante permanente. Los afectos acompañantes del estallido de furia orgásmica son la humillación y la vergüenza, mientras que la angustia es un efecto de la sofocación de estas mociones violentas. El hecho de conservar la materia fecal rodeando las nalgas, mirarla, tocarla, olerla (actividad perceptiva distal que contiene algo del valor de la incorporación) muestra el esfuerzo de recuperar aquello que se ha perdido.

El estallido de furia de Leticia va más allá y se sucede no solo frente a la pérdida de la materia fecal sino ante la resistencia del otro a su mandato. La descarga violenta aloplástica obedece a la tendencia a desplegarse en forma activa y este despliegue tiene como meta aniquilar y/o extraer, es decir, respectivamente, hacer que otro desaparezca de la propia mirada y/o pierda la coherencia muscular y se descontrole. La meta activa de aniquilar fue descripta por Freud y la de extraer haciendo que otro sufra la pataleta y pierda sus contenidos fecales fue descripta por Maldavsky.

Luego, la actividad corporal desenfrenada que termina en agotamiento (perder), se fundamenta, en el modo en el que la sensorialidad ligada a la motricidad interior del cuerpo se combina con la transacción entre pataletas y despliegue motor aloplástico (centrado en las metas de aniquilar y extraer). En esta situación el sujeto pierde el enlace con la imagen especular y la sensación de parálisis motriz lo expone a los peligros de la actividad hostil del otro; la situación impone a lo anímico la exigencia de enlazar con una imagen especular que le de coherencia.

La palabra, tiene en la niña el valor de un acto, a la manera de una orden, con una meta coincidente con la pulsional: perder, aniquilar, extraer.

Lo que caracteriza al lenguaje del erotismo sádico anal primario que es la constitución de una fantasía masoquista de ser humillado y avergonzado, lo cual corresponde a ser

víctima de un doblegamiento motor que culmina en un estallido incontrolable, tipo pataleta, ha tenido en su vida un correlato literal en la realidad, ha sido sometida a la voluntad de Otro quien le garantizaba su evolución.

Instalada la fijación traumática a este lenguaje del erotismo es necesario revisar el efecto que producen los mecanismos de defensa que prevalecen: “Como inherente a este lenguaje de pulsión prevalecen dos mecanismos: la desestimación de una realidad decepcionante y la proyección. La desestimación no tiene un carácter patógeno si no se opone, vía desinversión, más que a la percepción y su representante anímico de este momento, es decir un cierto estrato mnémico, pero adquiere un valor inverso si interfiere en el desarrollo de estructuras psíquicas más refinadas, o bien conduce a desarticular las ya establecidas para remplazarlas defensivamente por otras, más elementales. En cuanto a la proyección, puede ser usada para colocar algo en lugar de aquel fragmento de la realidad que ha sido desinvertido. Eso colocado, como formación sustitutiva, es una imagen especular, que tiene como meta sostener el narcisismo. La defensa puede quedar reforzada mediante actos o sus equivalente en el nivel de la palabra.” (Maldavsky, 1999, pag. 36/37)

Nos preguntamos que implica la fijación en esta erogeneidad en relación a los vínculos y podemos visualizar que la niña se apega con fuerza a una madre normótica, activa y poderosa. El pecho materno es homologado a una ampolla rectal con un esfínter permanentemente cerrado, al cual en este caso, la niña mantiene una fijación centrada en una interminable envidia codiciosa y violenta; “...la tentativa de una retención infinita de las propias heces y del tormento erótico anal es la continuación de esta aspiración a conservar por siempre el contacto sensual con el cuerpo materno”. A posteriori, este apego genere efectos en el tiempo edípico cuando surge un movimiento de rechazo del juicio de la castración, se combina con una elección narcisista de objeto: tomado como un doble ideal, idéntico y anterior y pone en juego la disposición a la elección narcisista de objeto y el complejo fraterno (fuerte identificación con una hermana del mismo sexo a quien quiere poseer).

### *Conclusiones*

Conocemos el valor constitutivo de las vivencias y experiencias de los primeros años de vida: fundan la organización y estructuración de la subjetividad. No se nos escapa aquello que vienen escribiendo los padres en relación al lugar, la disposición y el

deseo de anidar y cuidar un hijo; entendemos que no todos los padres aceptarían y ejecutarían plenamente indicaciones severas para la educación de un hijo, ni aún, con la intención de desapegarlo, autonomizarlo y humanizarlo. Lo que no puede desconocerse, aporte del psicoanálisis mediante, es el efecto de estos procedimientos en los infantes y en su constructo subjetivo.

Quienes trabajamos interdisciplinariamente en discapacidad infantil identificamos inicialmente dos metas clínicas:

**Primera meta clínica o meta clínica global:** En el trabajo con bebés y niños pequeños y sus padres, la primera meta clínica es, sin duda, en relación con los padres; se trata de facilitarles el camino para que puedan restituir las representaciones mentales e imaginarias que poseían de su hijo antes de la concepción e invistan ciertas formaciones sustitutivas que de alguna manera reemplacen la realidad que desestiman. Se procura que los padres complejicen el vínculo con el niño. La primera meta clínica consiste en favorecer la corriente empática con los adultos, indispensable para constituirse en sujeto, así se relacionan desde un lugar relajado y tierno.

**Segunda meta clínica.** Que se restablezca o establezca el proceso proyectivo que implica el reconocimiento de que hay alguien interesante afuera y el mecanismo de escisión normal que le posibilita al niño alejar lo que le molesta o le resulta doloroso.

El mecanismo de proyección ya instalado es un dato que nos habla de que hay una madre o un padre, alguien afuera en quien se puede confiar, que se ofrece como sujeto para identificarse, tiene un valor primordial y se corresponde con el desarrollo del sentimiento de estar vivo. La meta clínica en cuestión consiste en el restablecimiento del matiz afectivo como conciencia de la vitalidad de los procesos pulsionales que es sólo posible por el encuentro con alguien empático.

La primera y la segunda metas clínicas garantizan la primacía de la pulsión de autoconservación y de sanar. Los padres se van allegando a la historia que construyen, a la vez que testimonian sobre sus procesos internos. Como fruto de la intervención clínica, los padres describen las reacciones emocionales de su hijo y las suyas propias, los afectos, y refinan las identificaciones estableciendo diferentes tipos de nexos. El trabajo va volviendo eficaces las vivencias a medida que suceden, que acontecen.