

Algunas hipótesis acerca de las protoformas de estados adictivos. Un síndrome tónico temprano.

Roitman, Clara Rosa.

Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes, N°11, 1998.

Introducción:

Quisiera partir de la consideración de ciertos estados tempranos en la organización del psiquismo y sus alteraciones. Mis objetivos se refieren a: a) considerar cierto tipo de alteraciones tempranas y b) cómo estas pueden constituirse en modalidades de resolución cuando se produce un estado de descompensación posterior, generalmente en la pubertad y la adolescencia.

Voy a considerar un síndrome en la infancia temprana, y no exactamente una manifestación, aunque en la adolescencia este síndrome puede derivar en un trastorno en la alimentación bajo la forma de anorexia. En este síndrome la anorexia puede presentarse en forma larvada.

Notas introductorias sobre las coordinaciones tempranas

Describiré brevemente los estados iniciales de un bebé, retomando ideas de Brazelton y Cramer, y articulándolas desde la perspectiva freudiana.

- a) El bebé, abrumado, tiene cortos momentos de vigilia y lucha por mantenerse vigil.
- b) En estos momentos va organizando su mundo sensorial, que en principio es un mundo de frecuencias: respiratorias, cardíacas, metabólicas.
- c) Hay escasas investiduras de atención dirigidas hacia el mundo exterior.
- d) La atención a los estímulos externos es de tipo reflectoria.
- e) Las exigencias pulsionales se resuelven por la vía de la descarga, por la alteración interna.
- f) Las primeras pulsiones que hacen sentir su efecto son las de autoconservación, con la investidura libidinal narcisista en anaclisis.
- g) La libido se va desplazando desde la musculatura visceral (primeras coordinaciones: respiración, deglución, excreción), hasta la musculatura tónica, y posteriormente a la de movimiento y prensión. Este desplazamiento es concomitante con la migración de las investiduras de atención desde los receptores interoceptivos hasta los propioceptivos y distales.
- h) Esto permite un inicio de las acciones específicas: dirigir la mirada a un objeto que capta su atención, estirar la mano hacia él, aprehenderlo, llevarlo a la boca (coordinación ojo, mano, boca). Aclaremos que se coordinan sistemas funcionales que inicialmente "construyen" una espacialidad intracorporal, y a partir de esta se va diferenciando una espacialidad exterior. La mediación es una superficie erógena que entra en contacto con el mundo sensorial externo: receptores de tacto y contacto. La sensorialidad ya no es un mundo de frecuencias.

Al principio el mundo exterior le es indiferente porque está poco investida la sensorialidad referida a él, salvo registros de frecuencias, escuchadas durante su vida intrauterina: latido cardíaco de la madre, la voz de esta y la del padre. Luego se va abriendo al mundo al mismo tiempo que se crean las zonas erógenas. La

percepción ya no es refleja, recibe valor atencional dado desde la erogeneidad de la zona, en que originalmente fuente y objeto coinciden.

Surge un problema: la lucha por coordinar los canales sensoriales: binocularidad, audición, estímulos táctiles que vienen por las diferentes yemas de los dedos, se trata de coordinaciones intracanal. Luego en el yo se conectan distintos canales sensoriales entre sí.

En cuanto a los trastornos en esta época temprana, conciernen más bien a la interacción. En otros términos: desde el bebé pareciera fracasar el aparato protector contra los estímulos o la madre como filtro. Ella misma puede constituirse en productora de estímulos desmesurados. Desde ella fracasaría lo que Spitz llama empatía cenestésica, que es una forma de aludir a las identificaciones corporales que realiza la madre con su bebé. Esta empatía es básica en la constitución del psiquismo ya que para que un bebé pueda sentirse a sí mismo, reconocerse como fuente y objeto de su empuje pulsional (me refiero a los orígenes de la conciencia primaria), debe primero ser sentido por un semejante privilegiado.

La clínica:

Mariana desarrolló lo que llamaríamos una coraza tónica a partir de los 25 días, luego de un fuerte resfrío con otitis, cuyo primer síntoma fue llorar al tragar y que cedió con antibióticos. En ese momento, el pediatra indicó cambio de la alimentación materna a mamadera para que pudiera tragar mejor, situación que provocó conflicto en la madre. Mariana rechazó la mamadera y continuó con alimentación materna hasta 11 meses. Se le introdujeron papillas a los 4 meses y alimentos sólidos a los 7.

Mariana había nacido “algo oscurita” según la mamá y con fórceps. Fue uno de esos bebés que se arqueaba hacia atrás al levantarla. Al ponerla dormida en la cunita despertaba y lloraba mucho. Si cuando estaba despierta se la ponía boca abajo, levantaba la cabeza (a los 30 días) y seguía atentamente los estímulos exteriores. No aceptaba estar sola, demandaba constante atención. De noche lloraba y dormía de día, especialmente por la mañana, aún sacándola a pasear. Despierta, era vivaz. Tuvo cólicos durante el primer trimestre. Rechazaba el chupete, lo escupía. Empezó a chupar la punta de su sabanita. Se le colocó un sonajero, atado por sus dos extremos en la cunita, que ella podía golpear para escucharlo.

A los nueve meses, con el mayor desarrollo de la motricidad de sostén y movimiento, comenzó a pararse sosteniéndose primero en la cunita. También saltaba en ella. 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. A los 14 meses comenzó a caminar sola, y también a pronunciar sus primeras palabras. 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. Se caía con frecuencia al caminar, como perdiendo el equilibrio. A los dos años

hablaba muy bien y era muy expresiva. Por momentos su conducta era hiperkinética, situación que no molestaba mucho a la familia, que le daba espacio para el movimiento.

Siguió con las otitis a repetición, combinadas con anginas hasta alrededor de los diez años. También continuó con los problemas para conciliar el sueño hasta los seis años. En la escuela primaria mostró cierto grado de déficit atencional. Alrededor de los siete años (con un cambio de escuela) mostró apetito diferencial. ¿Cierta anorexia larvada? A los once años comenzó a tirarse el pelo, de a uno.

Este material lleva a preguntarnos: ¿Qué pasa con estos bebés y su despliegue hipertónico? Spitz nos dice que confluye una hipertonia congénita y una solicitud ansiosa de la madre. Rosine Debray, a propósito de la anorexia del lactante, alude a su relación con el un rechazo tónico, como investidura preferencial de la motricidad. Su origen estaría dado en la alteración de las regulaciones complejas entre el bebé, la madre y el padre. El nacimiento del bebé exige un ajuste a las características que trae. El rechazo tónico del bebé impide toda penetración, incluida la alimentación. Este rechazo puede ser disminuido o aplacado. Pareciera existir además un vínculo entre anorexia y precocidad del desarrollo motor.

El bebé responde con una actitud activa y bloquea el acceso a una posición pasiva. Es una protesta motriz actuada. La anorexia es un aspecto de un cuadro más general, al cual se agrega el dormir poco.

Coincido con ella en estos puntos, y creo que podríamos incluir otros desarrollos. Si partimos de la base de una perturbación inicial en estas interacciones, ¿qué es lo que hace a lo específico de esta respuesta? ¿Cuáles son las derivaciones posteriores de este trastorno, tanto hacia lo patológico cuanto hacia la reequilibración del sistema?

Dejaré momentáneamente de lado la anorexia, que en un principio puede no estar en primer plano, para centrarme en la alteración tónica. En estos bebés, si bien no desaparece totalmente el reflejo de moldeo, la hipertonia con la que responden en algunos momentos parece ser un intento de creación de una pantalla protectora ante los estímulos. También llama la atención la búsqueda temprana, podría decir que prematura, de conexiones con la realidad exterior, que pareciera una aparente respuesta al objeto, que tendría una finalidad.

Debray trae el ejemplo de dos bebés anoréxicos en que los movimientos de vida y muerte -citando a P. Marty- no permiten el acceso a la posición pasiva. El cuadro comienza tempranamente y es estructural. Estoy de acuerdo en esto último, pero nos encontramos que si la madre tolera este primer desajuste en el bebé no se presenta la anorexia en esos momentos, sino más tarde, bajo la forma de alimentación selectiva, con las papillas y el esfuerzo psíquico que exige el reconocimiento de lo diferente.

En Mariana el cuadro comienza con perturbaciones en la cenestesia: se dormía en brazos (con el moldeo tónico), y se despertaba al pasarla a la cunita en posición horizontal. Podríamos suponer que en estos bebés hubo dificultad en el pasaje del medio intrauterino, líquido, al medio aéreo, en el cual la atracción de la gravedad y la resistencia a esta es diferente. En los primeros días tras el

nacimiento el bebé parecía tranquilo. ¿Estaba "tranquilo" o aplastado virtualmente por estímulos que no podía procesar? Quizás lo que vemos como alteración es una defensa frente a un estado anterior, de procesos tóxicos de estasis de pulsiones de autoconservación y libidinales, o de desinvestidura de tipo hemorrágico, ya sea frente a un dolor interno o un exceso de estímulos endógenos, y la maduración tónica permitiría construir una contrainvestidura precoz de un sistema, al igual que el buscar los estímulos provenientes del exterior. Se trataría de una forma de poner un dique a un estado hemorrágico, que impide un descenso mayor de la energía, que de un cero relativo (principio de constancia) podría pasar a un cero absoluto (principio de Nirvana).

Ester Bick planteaba que la musculatura y la piel podrían ser usadas como una defensa frente a una vivencia de desparramo psíquico. En los bebés inertes, esta defensa pareciera no poder constituirse, como si no pudieran lograr conciencia muscular y/o ósea, como sucede en algunos niños autistas, en que su tonicidad pareciera gelatinosa, por lo cual necesitan de un objeto duro para lograr conciencia ósea.

Estos bebés tensos tienen cierta musculatura ósea disponible: la alteración interna se centra en la musculatura. Este dominio de la musculatura ósea es patrimonio yoico (yo real primitivo) pero no podríamos decir que es voluntario. La salida de este sistema deriva de la mudanza de la investidura hacia los estímulos sensoriales, que, si bien fueron inicialmente captados, pasan luego a ser interesantes y significativos.

En este momento de la organización psíquica, puede surgir otro problema: la incapacidad para desinvertir la sensorialidad exterior (que antes se sobreinvertió defensivamente frente a una amenaza de desintegración). Por lo tanto el bebé puede quedar adherido a una sensorialidad que se vuelve traumática. En consecuencia aumentan las dificultades para conciliar el sueño. Estos bebés pueden dormirse brevemente luego de comer y despertarse abruptamente, sin volver a conciliar el sueño, aun dando muestras de cansancio. En lugar de descansar, se sobreexcitan y necesitan que el medio humano que los rodea cumpla una mayor función de filtro.

En estos estados tempranos de alteración tónica parecen interferidas las respuestas más ligadas a la búsqueda de la acción específica. Tal interferencia es efecto de la perturbación en el desarrollo de la conciencia primaria y el sistema representacional.

¿Qué sucede con la anorexia? Habíamos dicho que la anorexia podía aparecer asociada al síndrome tónico, pero no necesariamente. ¿Qué significaría la anorexia en estos bebés? La primer pregunta que nos surge es qué registro tienen estos bebés del hambre. Por otra parte, ¿qué relación temprana se establece entre el hambre y el comer?

Estas preguntas surgen de plantearnos la relación entre la anorexia y la motricidad tónica. Spitz señala la relación entre el tonismo alto y la actividad visceral y vincula al primero con los cólicos que se producen durante el primer trimestre. Podríamos agregar a estas observaciones que la motricidad tónica puede determinar el cierre de la glotis, a diferencia de lo que ocurre con los bebés que se niegan a comer dando vuelta la cabecita, cerrando la boca o escupiendo.

Estos bebés comen poco, suponemos que registran el hambre, pero la tonicidad actúa en contra y se les “cierra la garganta”, al igual que a muchos adultos.

Suponemos que la sensación de hambre es registrada en el estómago, la boca y el esófago. Algo puede pasar a nivel del esófago que interfiere en la relación boca-estómago y que hace que la boca cambie de valor. ¿Por qué ante la insistencia para darles de comer en algunos casos se producen vómitos y en otro no? Podríamos pensar que los vómitos se producen cuando se violenta la tensión en la glotis. Estos bebés, a su vez, podrían quizás hacer algo para promover que los fuercen.

Función de este síndrome en la organización psíquica temprana

Este síndrome se constituye como una forma de autoerotismo defensivo, que provoca una adicción a un estado tóxico, por estasis pulsional¹. Esta fijación dificulta el pasaje a la acción específica y constituye una de las formas más tempranas de alteración en la organización narcisista. La búsqueda de la percepción exterior no significa investidura objetal, sino un intento de ligadura con percepción. La adicción también puede tener el significado de adherirse a una forma de perturbación de la alteración interna².

Podríamos decir que la alta tonicidad se constituye para evitar una hemorragia psíquica, pero una vez establecida se transforma en una interferencia en la vía hacia la acción específica y trae otro tipo de trastornos: cólicos, cierto tipo de anorexia, perturbaciones para conciliar el sueño. La atención dirigida hacia los estímulos exteriores tan pronunciada es también una forma de mantenerse integrado, pero se acompaña de una imposibilidad para retirar estas investiduras, por ejemplo, conciliar el sueño.

Posteriormente, con el surgimiento del erotismo anal primario, este agrega matices afectivos que implican un cambio en el comportamiento. El mayor desarrollo de la libido dirigida a los objetos lleva a que tiendan a provocar al otro, en el intento de hacer una transformación pasivo-activa de los traumas, y como paso posterior se puede agregar un deseo de venganza. El llamado de atención hacia los otros es otro recurso defensivo frente a la amenaza de hemorragia psíquica.

En relación con la anorexia en su vínculo con la sobreinvestidura narcisista defensiva, que recae sobre el yo-cuerpo y no sobre la imagen de este, podemos considerarla de dos tipos: a) muy grave, de tipo hemorrágico, que puede llevar al marasmo o a la muerte, o desencadenar cambios metabólicos que desencadenen alteraciones somáticas graves; b) de carácter tónico, en que los bebés muestran

¹Con el término libido en estasis aludo a la tensión erótica que no puede ser procesada adecuadamente por la vía de la representación y/o del afecto.

²Por alteración interna Freud alude a los procesos de descarga al interior o al exterior. Este es el modelo del afecto, pero incluye la tramitación normal de un campo acotado de pulsiones orgánicas: dormir, respirar, sanar. Este aspecto se comprende como el extremo de una polaridad, en relación a la acción específica en que se busca en la realidad exterior los caminos definidos que provoquen una modificación en la fuente que satisfaga la necesidad. En los inicios de la vida esta acción específica es procurada por la madre, mientras que las reacciones del hijo se rigen por el criterio de la alteración interna.

cierto interés, o se sacian con poco alimento, con lo cual no llegan al estado anteriormente descrito.

¿Por qué considero a este estado, cuando no revierte, como adicción, o en todo caso un protoestado adictivo? No tenemos una definición psicoanalítica adecuada de lo que consideraríamos adicción. Por lo tanto, la definiré como un apego a un tipo de práctica que altera el estado corporal. No es posible la liberación voluntaria si no se modifican las condiciones estructurales que implican la regulación en estas interacciones tempranas. Dicha práctica, tiene un función defensiva que autoperpetúa el trauma sin resolver el problema. Se trataría de un masoquismo erótico de carácter tónico. No se trata de maniobras autocalmantes (Fain, 1993; Smadja, 1993; Swec, 1993), ni implica procesos de descarga. Las maniobras autocalmantes en estos momentos de la organización más bien buscarían aliviar la tensión para poder dormir.

Lógicas corporales

¿Por qué el bebé, para preservarse de los efectos defusionantes de la desinvestidura, necesita procurarse un estado dentro de su cuerpo, que lo preserve de la muerte? Para explicar este aspecto consideraré al concepto de cuerpo como un conjunto de diversos espacios (Maldavsky, 1998), de los que enunciaré los que corresponden a estas etapas.

- En un principio, el espacio está vinculado a las sensaciones: la respiración, la deglución, las sensaciones de dolor, los cambios de posición, la musculatura visceral.
- Posteriormente la cenestesia se va ligando al uso de la musculatura para el sostén y el movimiento.
- Luego se van invirtiendo los receptores que ponen en contacto con los estímulos que provienen del mundo exterior: táctiles, térmicos, olfatorios, gustativos, visuales, auditivos.

Cada uno de estos espacios funda al siguiente y se integra en este. Si hay un trauma en la organización anterior, la siguiente resultará perturbada. En muchos momentos en que se manifiesta la alteración, su origen puede buscarse en la organización anterior. Por ejemplo, las alteraciones que encontramos en los inicios del yo-placer purificado, como las bronquitis asmáticas a los cuatro meses, es probable que respondan a perturbaciones en el yo real primitivo: fallas en la pantalla protectora contra las excitaciones, complicaciones en el pasaje de la cantidad a la cualidad, o en la lidibinización de la musculatura visceral.

Las respuestas tendientes a la organización de "espacios corporales" perturbados, de carácter defensivo, pueden constituirse en modalidades o lógicas tempranas del funcionamiento psíquico. Un tipo de lógica elemental, que aún no he mencionada, es la del niño autista, que busca un objeto duro con el que relacionarse para chuparlo, apretarlo, apoyarse. Es como si buscara encontrar en el mundo lo que no está en su cuerpo: la relación con sus huesos. Se tiene que aferrar a un objeto exterior que le dé sensación de dureza. Esta relación es ordenadora. Así sustituye esa posibilidad de hacerse dueño de su propia tonicidad. El problema del hambre surge cuando se ordenan las primeras regulaciones: circulación, respiración, respuestas térmicas. La creación de una tensión

hambrienta supone ya un control precoz. No está dada de entrada. En el adulto esto adquiere un significado diferente: intento de dominio de las pulsiones por alteración interna en lugar de la acción específica, la cual supone un proceso de pensamiento y un objeto exterior al propio cuerpo. También puede tener que ver con la envidia hacia las fuentes productoras de placer, ubicadas en el espacio exterior.

Nos podríamos preguntar qué pasa cuando falla la relación entre el niño y el modelo. Puede ocurrir que el niño se cree un suplente de la relación con el modelo. Para ello extrae de sí lo que tendría que haber sido aportado por otro. Lacan (1975) habla de un sustituto simbólico de la función paterna. Toma como ejemplo a Joyce y otros, que han desarrollado una forclusión de la función paterna, y no acceden a un sustituto simbólico del Padre. Sin embargo, Joyce no desarrolla una psicosis: usó su propia obra como un suplente de la función simbólica. En estos bebés y niños pequeños, el suplente de la función faltante se crea gracias a una alteración somática. De esta manera: el niño comienza teniendo una falla en el vínculo con la madre, que si no se hubiera perturbado le aseguraría una tensión vital. Esta tensión vital deriva en buena medida de un proceso de libidinización, del encuentro con el otro. Si esta tensión no aparece, el niño sufre una decepción que puede convertirse en traumática y llevarlo a procesos hemorrágicos. Es entonces que puede recurrir a la creación interna de esa fusión, por ejemplo de carácter hambriento.

La tensión vital deriva del encuentro con lo diferente. Solo lo diferente, a partir de la libidinización, puede sacar al bebé de los estados tóxicos iniciales. Su falta deriva en una falla en las identificaciones primerísimas. La creación de la tensión es un intento de solución que puede tener un carácter transitorio, mantenerse como fijación o ser reactivada por regresión luego de superada, si se da un fracaso en el sostenimiento de la estructura (en el adulto).

Algunas conclusiones

Me centré en algunos recursos tempranos que utiliza un bebé para aumentar tensiones internas ¿Por qué tendría que aumentarlas? Como defensa frente a una desinvestidura materna, cuyo origen puede encontrarse en las interacciones precoces, debido a alteraciones en la economía libidinal de la progenitora o del niño. De este modo se provoca una desinvestidura propia. A veces esto se produce a consecuencia de una enfermedad orgánica del niño y la inminencia de su muerte, que no ocurre. A veces la desinvestidura materna es consecuencia de un estado de duelo por un objeto que no es el hijo mismo. También puede producirse frente a estados tóxicos o traumáticos tempranos, en que falla la madre como función de filtro. El bebé queda inerte y desvalido.

Puede crearse frente a la excesiva estimulación proveniente de la madre, debido a estados de ansiedad de esta. Esto produce en el bebé un estado traumático y confusional, en que no llega a discriminar estímulos pulsionales, de empuje constante, de estímulos exteriores, que no deberían tener un empuje constante. En este caso, la creación de una tensión corporal suple la ausencia de tensión vital vincular.

Este tipo de resolución corresponde a un autoerotismo intracorporal, una forma primaria de masoquismo erótico; es una forma de evitar la caída en un cero absoluto (principio de inercia), y permite mantener el funcionamiento psíquico. Si solo se trata de hipertonicidad diríamos que es funcional. Cuando se agrega la anorexia diríamos que la situación es más complicada, porque la tensión lograda por el hambre se realiza a costa de atacar su pensar y el sujeto capaz de sentirse (conciencia primaria). Los procesos químicos del hambre se producen. Lo que puede quedar narcotizado por un trauma es la sensación vinculada a la conciencia capaz de sentirla. En pacientes mayores se puede inferir un ataque a la sensación, como si en un momento extremo trataran de eliminar la fuente pulsional misma (por ejemplo, sueñan que les falta el estómago).

Resumen

En este trabajo intento explorar las condiciones psíquicas primarias predisponentes de una adicción. Defino a la adicción -desde este enfoque- como la creación de un estado en el cuerpo, que constituiría una forma de autoerotismo defensivo que culmina en una fijación a un estado tóxico, por estasis pulsional.

Se presenta frente a ciertos estímulos: endógenos, especialmente dolor o estados de abrumamiento y/o frente a estímulos exógenos, tal como perturbaciones en el vínculo temprano.

Implica cierto grado de actividad del yo temprano. Es reversible, y puede cesar cuando el bebé tiene mayores posibilidades de derivación u organización estructural; puede alternar con trastornos psicósomáticos pasajeros, o avanzar hacia una patología compleja, tal como la anorexia del lactante.

Esta organización dificulta el pasaje desde la alteración interna a la acción específica y constituye una de las formas más tempranas de alteración de la organización narcisista.

Bibliografía

- Bick, E. (1968) "La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas", Revista de Psicoanálisis, T. XXXII, nº 2.
- Brazelton, B y Cramer, B. (1990) La relación más temprana, Paidós, Barcelona, 1993
- Debray, R. (1993) "Anorexia del lactante. Diversidad de formas", en Psicoanálisis con niños y adolescentes, Nº 6, 1994.
- Fain, M. (1993) "Speculations méthapsychologiques hasardeuses á partir de l'etude des procédés autocalmants", Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.
- Lacan, J. (1975) "Le symptôme", Les bloc-notes de la psychanalyse, Ginebra, Atars, 1985.
- Maldavsky, D. (1998) Casos atípicos, en prensa.
- Roitman, C. (1993) Los caminos detenidos, Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- Smadja, C. J. (1993) "A propos des procédés autocalmants du moi", Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.
- Spitz, R. (1965) El primer año de vida del niño, Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 1991.
- Szwec, G. (1993) "Les procédés autocalmants pour la recherche de l' excitation", Rev. Franç. de Psychosomatique, 4.