

Sobre las manifestaciones verbales y motrices en la clínica de niños.

Roitman, Clara Rosa.

Actualidad Psicológica, XXX, N° 337, 2005. (En colaboración).

Introducción

Para Freud, el significado de las manifestaciones de los pacientes está íntimamente enlazado con la vida pulsional, con la sexualidad, a la cual expresa de múltiples maneras. El estudio de la vida pulsional expresada en las manifestaciones requiere de un primer paso, consistente en inventariar las erogeneidades que tomamos en cuenta, para lo cual nos basamos en la categorización freudiana: He aquí el inventario:

libido intrasomática (LI),
oral primaria (O1),
sádico oral secundaria (O2),
sádico anal primaria (A1),
sádico anal secundaria (A2),
fálico uretral (FU), y
fálico genital (FG).

La investigación psicoanalítica de las manifestaciones clínicas de los niños requiere de varios enfoques: 1) narración, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) movimientos, 4) producción gráfica o equivalentes, 5) palabras. El estudio de cada uno de estos niveles de análisis arroja resultados multivariados: suele detectarse más de un componente pulsional en cada manifestación. Por lo tanto, en cada análisis es necesario decidir sobre la función (central o complementaria) de cada erogeneidad detectada.

Esta diferenciación de niveles de análisis y su posible combinación se entrama con las actuales perspectivas epistemológicas que destacan el valor de la complejidad y previenen de los riesgos de un reduccionismo que deje sin considerar aspectos centrales de la subjetividad y la intersubjetividad.

II. La muestra

Es conveniente considerar ahora un fragmento clínico. Cristian fue traído por sus padres a los 7 años con un diagnóstico difuso de un trastorno temprano, que le había sido comunicado por un psicólogo del colegio. Tenía severas restricciones alimentarias, estallidos de rabietas incontrolables en la escuela y para dormir requería del televisor encendido. Los padres comenzaron a advertir manifestaciones preocupantes en el niño luego de una mudanza, cuando contaba menos de dos años. Por ese entonces empezó a hablar repitiendo las palabras que escuchaba en unos juegos computarizados y la TV. Tenía un primo algo mayor, que lo trataba con gran violencia desde que era muy pequeño. Cristian se dejaba maltratar en estado de pasividad.

Las sesiones se combinaban con entrevistas a ambos progenitores. Durante el tratamiento el niño mejoró su rendimiento escolar, aunque persistieron, algo atenuadas, las rabietas, a menudo ligadas con que no obtenía la comida deseada. También disminuyó la violencia que sufría ante su primo. Igualmente, hubo mejoras en cuanto a su forma de conciliar el sueño: ya no requirió de la televisión encendida, y su reposo se volvió más reparador. Además, se hizo crecientemente evidente su torpeza motriz, en su musculatura

tanto gruesa como fina, lo cual condujo a que la terapeuta recomendara la intervención complementaria de un psicomotricista.

Buena parte de las sesiones pasó a estar ocupada por los problemas alimentarios del paciente. Cristian enlazaba estos problemas con narraciones referidas a seres extraterrestres, catástrofes estelares y terráqueas y la aparición de seres provenientes de otras galaxias.

También manifestaba angustias cambiantes referidas a su cuerpo, en especial su boca, por la caída o el crecimiento de un diente, por ejemplo. Entonces solía mirarse al espejo con algún pensamiento aterrador que no llegaba a expresar. Pero lo más llamativo de Cristian pasó a ser progresivamente un conjunto de movimientos que también repetía en otros lugares: se quedaba sentado en silencio, algo encorvado hacia adelante, abrazado a sí mismo, y sosteniendo su mentón sobre un puño cerrado. Parecía absorto, contemplando alguna imagen vagamente conectada con la situación presente. Progresivamente el paciente pudo dotar de mayor figurabilidad a ciertas escenas que lo angustiaban.

En este contexto se dio la sesión que sigue (cuando Cristian tenía 10 años), de la cual transcribiremos una secuencia inicial de cuatro momentos.

Secuencia I. Cristian va hacia el diván y se acuesta, extendiendo sus brazos a los costados. Queda hipotónico, en silencio y absorto por un momento, y luego se sienta, mira sonriente a su terapeuta, atento y en contacto.

Secuencia II. Espontáneamente el paciente narra algunos logros relacionados con sus capacidades motrices (pudo correr en ambas direcciones por una escalera mecánica). La terapeuta lo invita a describir más extensamente estas escenas. Mientras las narra, Cristian usa sus manos como revólveres con los brazos a los costados del cuerpo, apuntando hacia el piso. La terapeuta remarca estos movimientos diciéndole: “¿A quién querés matar?” Riéndose, el paciente responde: “A mis miedos, los mate”. La terapeuta le dice que esos logros se combinan con otros miedos que aún persisten.

Secuencia III. El paciente cuenta que tiene acné y muestra un punto del rostro a la terapeuta. Esta le dice que es un granito, no acné. Cristian se coloca ante el espejo y abriendo la boca mira un diente que le está creciendo. Luego se refiere a un moretón en la frente, que le muestra a la terapeuta. La terapeuta le pregunta cuándo se golpeó y el paciente responde que eso había ocurrido días atrás. La terapeuta dice que no parece tener nada serio.

Secuencia IV. El paciente toma algunos juguetes (incluyendo pequeños muñecos, una ambulancia y una carpa con la sigla SAR). Mirando el grupo de juguetes, el paciente empieza a desplegar su conducta típica. Se abraza a sí mismo, semiencogido, y se refiere brevemente a las imágenes televisivas y las noticias periodísticas sobre New Orleans invadida por el agua luego del huracán, y a las escenas de violencia y destrucción. Pregunta por el significado de SAR (escrito en la carpa) y la terapeuta le responde que quizás significase “Servicio de Asistencia y Rescate”. El paciente queda casi en silencio mirando la escena que ha armado, abrazado a sí mismo y semiencogido.

III. Análisis de las erogeneidades

La secuencia IV contiene la conducta prototípica del paciente, no fácilmente comprensible. Pero las tres secuencias previas nos permiten inferir algunos de sus principales significados. La secuencia I muestra el estado de hipotonía inicial del paciente y la recuperación de la tonicidad (cuando se sienta en el diván y se conecta con la terapeuta).

La secuencia II, en el terreno de los actos, constituye una dramatización. La narración alude a la conquista de un desempeño motriz aloplástico. La combinación entre narración y movimientos es la consecuencia de la insistencia de la terapeuta que le pide al paciente que describa sus logros.

En la secuencia III, prevalecen las referencias hipocondríacas y la invitación a la terapeuta para que mire. En cuanto a la motricidad predomina la tendencia a mostrarse. En el nivel del relato el paciente alude a una escena correspondiente a la falta de armonía estética.

En la secuencia IV, la sigla (SAR) es el opuesto del despliegue de la narración y la dramatización de la secuencia II. La sigla condensa escenas aún no desplegadas. Estas escenas corresponden a situaciones catastróficas (como los desastres de New Orleans). El paciente aparece horrorizado y al mismo tiempo gozando ante la escena. Simultáneamente sus movimientos contienen una dramatización e implican un incremento de su tonicidad, quizás como una reacción contra el riesgo de reaparición de su estado hipotónico inicial. Importa también el acto de contemplar angustiado una escena sin participar. El preguntar sobre el significado de la sigla puede ser entendido como una acción tendiente a desplegar lo aún condensado. En la secuencia II la insistencia de la terapeuta en que Cristian narrase ciertos episodios tenía el mismo valor (conducir a la descondensación), y el paciente desplegó relatos y dramatizaciones. En la secuencia IV, en cambio, el silencio y la observación quieta de la escena con los juguetes, conectada con las referencias a las imágenes televisivas y periodísticas sobre New Orleans, permiten inferir otra escena condensada, sin el despliegue correspondiente. En consecuencia, el extraño grupo de movimientos que aparece en la secuencia IV puede ser considerado como una consecuencia de la combinación entre 1) escenas condensadas sin despliegue y expresadas solo como afectos de horror y placer, 2) un procedimiento para mantener o recuperar el equilibrio tónico pero que culmina en un desenlace disfórico, y 3) una posición de observador no participante de una escena aterradora. En el nivel de análisis de la narración se llega a una conclusión algo diferente. Hay alusiones a las escenas de una ciudad invadida por el agua, en lo cual se combinan versiones referidas a la intrusión, a una realidad aterradora mediática, a la violencia y a la excitación desmesurada y el desarreglo estético, expresadas en la magnitud del oleaje. Predomina la referencia mediática. En cuanto a los actos del habla, prevalecen las referencias a escenas vistas por TV o leídas en periódicos, combinadas con la alusión a la sigla.

Las secuencias I y II tienen un carácter eufórico y muestran los logros del paciente, mientras que las secuencias III y IV ponen en evidencia los problemas pendientes. Sin embargo, la primera serie de secuencias permite aclarar el significado de la segunda, y sobre todo el enigmático desempeño motriz de la cuarta. En parte, estos movimientos son una defensa frente a la hipotonía inicial, aunque parecen conducir a un exceso de tensión. Al mismo

tiempo, contienen algo de la dramatización de la escena II, claro que con una sustitución del despliegue expresivo por un exceso de condensación. Además, ponen en evidencia un repliegue cognitivo en la TV, que reemplaza sobre todo al despliegue motriz aloplástico, de importancia en la secuencia II.

La contraposición entre los actos del habla de las secuencias II y IV permite advertir además el peso del acto de relatar. Este acto se despliega en la secuencia II, y se contrapone a la referencia a la sigla (secuencia IV). En cuanto al relato, mientras que la secuencia II hace referencia a la conquista de nuevas habilidades motrices gracias a la intervención de un modelo mediador, el psicomotricista, la secuencia IV alude a una realidad disfórica puramente cognitiva (imágenes mediáticas catastróficas). La secuencia III resulta introductoria de la escena de la secuencia IV, y evidencia la combinación entre relatos de presuntas catástrofes corporales y el mostrar su cuerpo a la terapeuta.

Si bien en el nivel de los actos del habla y en los desempeños motrices prevalece la tendencia a exhibirse en versiones eufórica (secuencia II) o disfórica (secuencias III y IV), en el nivel del relato predomina finalmente una versión disfórica de la posición de un observador no participante de una escena angustiante.

V. Discusión

El estudio de los enigmáticos desempeños motrices del paciente (secuencia IV) requiere la consideración del contexto de su discurso y de las intervenciones de la terapeuta, quien llevó a la paciente a prestar atención a los miedos subsistentes. Se advierte el contraste entre una tendencia histriónica expresada en la gesticularidad y un contenido narrativo centrado en catástrofes captadas a la distancia, que son a su vez herederas de las catástrofes corporales a las que el niño manifestó, en forma atenuada, en la secuencia III. Hemos mencionado ya el valor de la falta de despliegue dramático que aparece en esta escena, así como la sustitución de la versión eufórica de los componentes motrices aloplásticos (de la secuencia II) por una disfórica, que a su vez pierde relevancia en relación con la posición final (secuencia IV), de observador no participante.

La situación evoca la posición del niño ante el primo que durante muchos años lo había tratado con violencia. A su vez, en esta secuencia IV el paciente intenta un procesamiento regresivo del sentimiento de injusticia ante la violencia ajena, dando prevalencia al componente cognitivo, igualmente en una versión disfórica.

En consecuencia, creemos conveniente diferenciar estos movimientos de la secuencia IV tomando en cuenta el acto (histriónico, exhibicionista) y el contenido, la escena narrada con él, en la cual se combinan varias erogeneidades, con un predominio del componente cognitivo disfórico.

Es posible que este tipo de resultado de investigación arroje luz sobre una serie de prácticas motrices afines, como la de los tics, los gritos inmotivados, el tartamudeo y otros.

En cuanto a la clínica, los movimientos del paciente requieren la consideración de una totalidad compleja, subjetiva e intersubjetiva. Es conveniente diferenciar entre el acto dramático, histriónico, y la escena dramatizada en sí con los movimientos, y que puede investigarse tomando en cuenta los diferentes niveles discursivos. Es posible así dar lugar al carácter

plurisignificativo de toda manifestación, y al mismo tiempo mostrar prevalencias y subordinaciones relativas, como hemos intentado hacerlo en esta oportunidad.

Erogeneidad y desempeños motrices: una categorización sistemática

Es conveniente exponer ahora los fundamentos de una parte de nuestro análisis, sobre todo el referido a los reempeños motrices. Consideramos que cada erogeneidad se expresa en determinadas prácticas motrices específicas.

Cuadro II: Erogeneidad y desempeños motrices

	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Motricidad	Tendiente a la alteración interna (p. ej. procedimientos autocalmantes)	Tendiente a la extracción de una esencia (o líquido), de una clave abstracta (dedos, lengua, ojos)	Tendiente a expresar sentimientos	Tendiente a la venganza sobre otro	Tendiente a aferrar y dominar un objeto	Tendiente a penetrar	Tendiente a la totalización estética (p. ej., movimientos ondulantes o de lucimiento de destrezas)

Cada movimiento puede ser entendido al ser incluido en un programa gesticular. La práctica motriz contiene algunos movimientos que expresan estados y otros correspondientes a acciones (activas o pasivas). Estas pueden ser preparatorias, consumatorias o complementarias. Otros movimientos corresponden al esfuerzo por dominar y coordinar el propio aparato motriz (coordinación binocular, caminar, escribir, etc.). Algunas de las erogeneidades pueden tener un valor central y otras uno complementario. Además, sobre todo cuando el movimiento tiene un valor histriónico, dramático, es conveniente investigar no solo su significado como acto (dramatización) sino también el valor de la escena dramatizada en sí mismos.

Aplicación de la grilla al material clínico

Secuencia I

Manifestación	Erogeneidad	Función
Pasaje de la hipotonía a la recuperación tónica	LI	Complementaria
Pasaje de la disarmonía a la armonía estética	FG	Central

Secuencia II

Manifestación	Erogeneidad	Función
Movimiento como acto		

Dramatización	FG	
Movimiento como narración		
Acto vengativo	A1	

Secuencia III

Manifestación	Erogeneidad	Función
Ser objeto de observación	O2	Complementaria
Mostrar la disarmonía estética	FG	Central

Secuencia IV

Manifestación	Erogeneidad	Función
Movimiento como acto		
Protección ante la caída tónica	LI	Complementaria
Observador no participante	O1	Complementaria
Dramatización	FG	Central
Movimiento como narración		
Ser invadido orgánicamente	LI	Complementaria
Conexión con realidad mediadora	O1	Central
Violencia abusiva	A2	Complementaria
Incremento de la excitación y disarmonía estética	FG	Complementaria

Cuadro I. Erogeneidad y escenas

<u>EROTISMO</u> <u>ESCENA</u>	FALICO GENITAL	FALICO URETRAL	SÁDICO ANAL SECUNDARIO	SÁDICO ANAL PRIMARIO	SÁDICO ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRASOMÁTICA
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación. Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Recepción de un don-regalo	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación	Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia
Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Valle de lágrimas Recuperación del paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera

