

## **Trauma temprano. Escisiones en el yo inicial. Su incidencia en trastornos psicossomáticos y adicciones**

Clara R. Roitman. Publicado en Revista de psicoanálisis, LXII, 2, 2005.

### **Resumen**

El autor describe un fragmento de un historial clínico en el cual se abarca un síndrome temprano, basado en una escisión en el yo de realidad inicial (Freud). Las defensas posteriores permiten alcanzar un cierto equilibrio psíquico, que mantiene inalterada la escisión temprana. El origen de esta fractura es una reacción defensiva ante un factor traumático. Durante largo tiempo la eficacia de esta organización puede no hacerse evidente, hasta que la pone en evidencia un problema clínico severo, generalmente afecciones de tipo psicossomático o adicciones.

Desde la perspectiva clínica, la historia que el autor presenta no es atípica, sino que representada a múltiples situaciones observadas tanto en niños como en adultos. La descripción y comprensión de los procesos psíquicos en el yo temprano permiten instrumentar sistemas de prevención y tratamiento en la infancia y realizar construcciones que refinan nuestras interpretaciones con pacientes adultos.

Desde la perspectiva teórica, las más frecuentes descripciones de escisiones se refieren a la oposición entre el yo placer purificado y el yo real definitivo y corresponden a patologías narcisistas, psicóticas y no psicóticas (perversiones, depresiones, esquizoidias). En cambio, la escisión descrita por el autor corresponde a un tiempo anterior. Los aportes kleinianos y postkleinianos, al igual que la teoría del apego, parecen más afines con esta propuesta, que enfoca el problema desde la perspectiva freudiana.

### **Palabras clave**

Trauma temprano – yo temprano – psicossomática – adicción

### **Summary**

The author describes a fragmentary clinical history where it is possible to note an early syndrome, including a solution, based on a dissociation in the primitive real ego. The posterior defenses allow to reach a certain psychic equilibrium, with the maintenance of the early splitting. The origin of the fracture is a defensive reaction against a traumatic factor, and during a long time its efficacy can not be evident, until the emergence of a severe clinic problem, usually psychosomatic affections and/or addictions.

The most frequently descriptions of splitting concern to the opposition between the purified pleasure ego and the definitive real ego, and correspond to the

narcissistic pathologies, psychotic and non-psychotic (perversions, depressions, schizoids). The splitting studied in this paper concerns to the real primitive ego.

In adult patients, specially in addictions or psychosomatics, this splitting is already consolidated and the therapeutic way is more complex than in the neurotic structure. The description and comprehensions of the psychic processes of this early ego splitting allow to refine our interpretations and techniques and to reach a more therapeutic efficacy.

## **Key words**

Early trauma – early ego – psychosomatics – addictions

## **Presentación**

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 afecciones psicósomáticas y adicciones. 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 que consumen y que dicen poder controlar la ingesta.

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 y complejización del yo, 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 perturbaciones en el funcionamiento psíquico (mundo representacional, defensas, etc).

Freud (1926d) considera a la situación traumática como un estado de desvalimiento debido a un estímulo externo que genera un dolor que no cesa o debido a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional, lo cual genera un estasis de la necesidad (pulsión de autoconservación).

En la temprana infancia esta situación traumática puede afectar al yo temprano, al cual Freud (1915c) llama Yo Realidad Inicial. En tal caso, queda afectado el procesamiento pulsional mediante la alteración interna. Para Freud (1950a) la alteración interna es el primer modo de procesamiento de la pulsión, previa al descubrimiento de la acción específica y la investidura objetal. La perturbación en el procesamiento por la alteración interna es propia de las afecciones psicósomáticas, adicciones y otros trastornos. Estas fijaciones en traumas tempranos producen escisiones en el yo y una defusión en lugar de la liga de la pulsión de muerte a Eros. En esta presentación me propongo describir las vías de constitución de las escisiones tempranas, originadas sobre una base somática, en relación con las primeras manifestaciones afectivas, que pueden combinarse con otras, desarrolladas con posterioridad. Las escisiones más frecuentemente descritas, corresponden a la oposición entre Yo Placer Purificado y Yo Real Definitivo, y son propias de las estructuras perversas y

otras afines. En cambio, las escisiones que describo en este trabajo (correspondientes al Yo Real Inicial) parecen específicas de las fijaciones en situaciones traumáticas tempranas.

## 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 mamaba 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, la madre por la angustia que le provocaba la actitud no aceptada por ella. Consultado nuevamente el pediatra 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 la 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. 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 escupiendo el chupete.

A los 3 meses se le colocó un sonajero atado por sus dos extremos en los bordes de la cunita, que ella 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 con 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.

### **Comentarios teórico-clínicos**

En primer lugar merece considerarse una alteración notable en el nacimiento (expresada en la oscuridad de su piel) que no fue diagnosticada adecuadamente. Durante unos cinco o seis meses Mariana 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 miraba atentamente el entorno.

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.

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.

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. 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. Los orígenes de esta tensión se relacionarían 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 (Ajuriaguerra y Marcelli, 1993, Bergés, 1988). Mariana se tranquilizaba en brazos.

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 (Waddington, 1957), y, al igual que los cosmonautas, sufran alteraciones en receptores arteriales y articulatorios y/o viscerales, en el pasaje de un tipo de atmósfera a otra (Prives, Lisenkov, Bushkovich, 1975). En Mariana el pasaje de un medio líquido a un medio aéreo pareciera provocar dolor, y su respuesta 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 y las otitis. La sobreinvestidura defensiva de las percepciones distales, que Mariana desarrolló posteriormente, dificultó la retracción narcisista necesaria para el dormir. 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 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 se hizo más evidente 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.

Alrededor de los tres meses el bebé desarrolla conductas dirigidas e intencionadas hacia su medio, y respuestas sociales. 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 y favorecer 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

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 (Roitman, 1995). 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. 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 una tensión no conciente -hambrienta en el primer caso, dolorosa en el segundo- como forma de poner un dique a los procesos de desinvestidura. 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 (Roitman, 1995a). Son formas de masoquismo erógeno (Freud, 1924d): 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.

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

Podemos adjudicar a la coraza tónica ya descrita un valor en el marco del desarrollo de las defensas tempranas en el Yo Real Inicial (Freud, 1911b) al que llamaré **Yo Real Primitivo**. 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, crean un gasto de energía de carácter hemorrágico. Al mismo tiempo, en otro sector de este yo inicial, la coraza tónica es sustituida por el amoldamiento a los brazos del adulto. Pero la fijación en este recurso (basado en la alteración interna) subsiste (otitis a repetición), por lo cual se mantiene una escisión en el Yo Real Primitivo. 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 (Yo Placer Purificado, Freud, 1915c), frente a la inminencia del dolor se recurre en exceso a la defensa previa, sobre todo a un refugio en un estado de hiperexcitabilidad.

En consecuencia, libido y autoconservación operan en el nivel de un sistema funcional, y se 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 complejización económica y tópica necesaria para la constitución y el mantenimiento del principio del placer.

La sobreinvestidura del sistema tónico, sin posibilidad de una 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 ante una estasis que abarca también a las pulsiones de autoconservación, como Freud (1926d) lo destaca en relación con los efectos de los traumas sobre la economía pulsional.

La sobreinvestidura (defensiva) prematura de atención hacia la percepción exterior (que marca una diferencia con la inermidad, la pasividad total ante incitaciones dolorosas endógenas, o quizás exógenas, en los estados de marasmo) resulta una solución precaria, una forma inicial de la sobreadaptación, con la consiguiente estasis pulsional de la autoconservación y 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). Otra vía de salida se produce con el dominio de la motricidad de movimiento, a partir de los nueve meses o aún antes, que da lugar a una cierta hiperkinesia. La adquisición del lenguaje y su riqueza expresiva permiten el procesamiento representacional: se han constituido los sistemas inconciente y preconciente, la pulsión se liga a representaciones-palabra, comienza el Yo Real Definitivo (Freud, 1915c), 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, 2002b).

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 desinvestidura 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, y/o pueden mantener un resto de tensión, sin descarga ni procesamiento psíquico. En Mariana se daban tentativas de tramitar dicha tensión mediante la alteración interna, en el marco

de un masoquismo erótico intracorporal (Freud, 1924c). Esta tentativa de tramitación se puede acompañar de una sobreinvestidura defensiva de la percepción exterior, distal, que puede llevar a la sobreadaptación. Esta combinación entre recursos defensivos (alteración de la autoconservación, sobreinvestidura tónica, trastornos del dormir y sobreinvestidura defensiva de la percepción distal) se ubican en el marco de las alteraciones internas.

La otra línea, en cambio, se basa en el énfasis en la acción específica. Esta última suele promover un ideal del yo y un superyó que conducen a un refuerzo de la sobreadaptación. Si estas vías paralelas no se equilibran, las más evolucionadas, complejas y lábiles pueden fracasar parcialmente e irrumpir las primitivas. Estas organizaciones, con el tiempo, se muestran escindidas, como aspectos diferentes de su psiquismo.

En Mariana la respuesta kinestésica tiene el valor de una defensa ante las vivencias de cambio de posición en el espacio y a la atracción gravitacional, y luego a ello se agrega el aferramiento defensivo a la percepción visual. La sensorialidad visual toma preeminencia sin haber integrado totalmente las anteriores. Es una vía defensiva patógena, no una integración. Por eso se torna base de una escisión temprana.

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 sobreinvestidura 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 estasis, y otra se dirige al mundo exterior, establecimiento un dique en relación a la corriente anterior.

Recordemos que Freud (1920g, 1926d) destacaba la combinación entre desinvestidura y contrainvestidura ante el dolor (Roitman, 1995a). La respuesta tónica opera como contrainvestidura que no cesa, y la percepción visual la complementa, en la tentativa de desinvertir las sensaciones internas y aferrarse a la percepción exterior. Esta organización económica defensiva contiene las bases neurofisiológicas (en las cuales se reúnen la vida pulsional y el funcionamiento neuronal) que facilitan y anteceden a la escisión: dos fragmentos yóicos 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. 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 vivaz y alegre pero se enfermaba con facilidad. Ambos sectores escindidos mantienen cierta autonomía, operan sobre los más variados procesos psíquicos y se combinan en mezclas diversas.

Si consideramos al afecto como la base de la constitución del psiquismo, tal como lo postulan Freud (1926d, 1950a), Le Doux (1994) y otros (Stern, 1985; Emde, 1999) y consideramos la emergencia de afectos desbordantes para el psiquismo, tal como el dolor orgánico, o el terror, puede suceder que este pierda el matiz, el cual permite que sea sentido como tal. Entonces se pueden producir escapes defensivos hacia la percepción. En estos casos el afecto no incita o dirige la búsqueda perceptual (el bebé como buscador de estímulos) sino que el yo se aferra defensivamente a la percepción. Se da entonces un tipo de escisión entre dos corrientes psíquicas: a) el afecto hace de fundamento a la percepción y le da significado (posteriormente, en la

organización que corresponde al Yo Placer Purificado, será el sostén de los juicios de atribución), b) procede a la inversa del anterior: la percepción da significado al afecto. Como el afecto está desestimado, queda la percepción vaciada de significado, ya que deja a la subjetividad desconectada de un sentir que no logra integrar en un espacio psíquico. (las ansiedades primordiales previas al derrumbe, citadas por Winnicott en 1963). Freud (1918b) considera a la desestimación como una corriente psíquica, al igual que la represión y la desmentida. Esta corriente psíquica puede establecerse en un tiempo temprano de constitución de la estructura, en el Yo Real Primitivo (Roitman, 1993). La desestimación es para Freud una defensa ante lo nuevo, y, como lo primero nuevo en desarrollarse en la vida psíquica es el afecto, la defensa puede oponerse a él. Así ocurre en los momentos iniciales del desarrollo psíquico. Las escisiones psíquicas en el Yo Real Primitivo pueden ser funcionales, darse en un momento del desarrollo y luego terminar en un equilibrio del sistema.

Más tarde, en Mariana con la mayor complejidad psíquica, surge el desarrollo de funciones (marcha, lenguaje), y se establecen nuevas identificaciones primarias, pero el núcleo tóxico puede mantenerse 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 evolucionar y equilibrarse o constituirse en defensas estables. Se organiza el superyó sobre la base de las identificaciones secundarias. Se puede dar entonces un incremento de la represión y del masoquismo moral, con una fuerte autoexigencia acompañada de sentimientos de inferioridad.

Así como la sobreinvertidura de la percepción forma parte de la defensa, también lo constituye la hipertonia, que la precede, como contrainvertidura. La creación de esta defensa tiene además su valor en el esfuerzo por conservar la tensión vital, en el marco de la luchas entre Eros y pulsión de muerte.

Las escisiones más habitualmente descritas, correspondientes a patologías narcisistas (perversiones, depresiones, esquizoidías o inclusive psicosis), incluyen la separación entre dos yoes: el Yo Placer Purificado y el Yo Real Definitivo. En cambio, la escisión que describo en este trabajo, correspondientes a las adicciones, las afecciones psicósomáticas, etc., abarcan la estructura interna del Yo Real Primitivo.

### **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, 1995a, 1995b, 1998a, 1998c, 1999a, 1999b, 1999c, 2000, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b, 2004), en los que se observan alteraciones en el mantenimiento y la continuidad de los procesos representacionales, tal como ocurre en organizaciones con trastornos psicósomáticos 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, 1982) 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.

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, o niños mayores, nuestra escucha clínica debe afinarse y en las intervenciones tender a hacer construcciones acerca de un sentir difícil de comunicar con palabras, considerando 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.

## **Resumen**

Freud (1926d) considera a la situación traumática como un estado de desvalimiento debido a un estímulo externo que genera un dolor que no cesa o debido a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional, lo cual genera un estasis de la necesidad (pulsión de autoconservación).

En la temprana infancia esta situación traumática puede afectar al yo temprano, al cual Freud llama yo real primitivo. En tal caso, queda afectado el procesamiento pulsional mediante la alteración interna. Para Freud (1950a) la alteración interna es el primer modo de procesamiento de la pulsión, previa al descubrimiento de la acción específica y la investidura objetal. La perturbación en el procesamiento por la alteración interna es propia de las afecciones psicósomáticas, adicciones y otros trastornos. Estas fijaciones en traumas tempranos producen escisiones en el yo y una defusión en lugar de la liga de la pulsión de muerte a Eros. En esta presentación me propongo describir las vías de constitución de las escisiones tempranas, originadas sobre una base somática, en relación con las primeras manifestaciones afectivas.

A partir de notas clínicas acerca de un bebé desde su nacimiento y en su desarrollo posterior he realizado un análisis de la organización temprana y sus alteraciones. El marco teórico de base que utilizo es el de Freud (1915c, 1920g, 1926d, 1950a).

He considerado las alteraciones en este desarrollo temprano tomando en cuenta la relación entre la inmadurez neurológica (diagnosticada posteriormente) y los problemas que surgen en las interacciones tempranas. Presté atención a la tramitación pulsional inicial centrada en la alteración interna y al valor defensivo de una coraza tónica. Analicé el surgimiento de las primeras escisiones, en un yo inicial, dando lugar al mantenimiento de corrientes psíquicas paralelas, que originariamente son defensas normales que buscan conservar una estructura en equilibrio. Cuando una de ellas es sobre

investida 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. Subsiste un resto de tensión pulsional que queda sin procesamiento psíquico y persiste el recurso a la alteración interna, o bien, en un intento de resolución, este es reforzado por el masoquismo erógeno. Todo ello puede producir alteraciones del tipo del rocking, onicofalgia, tricotilomanía, bruxismo, adicción a estados de vértigo o manifestaciones más graves, tales como trastornos psicósomáticos, adicciones, etc., que en la temprana infancia son ya indicadores de una perturbación en la organización de la estructura. Esto indica un desarrollo vulnerable que luego puede dar lugar a un quiebre global del equilibrio psíquico.

Las escisiones más frecuentemente descriptas, corresponden a la oposición entre el Yo Placer Purificado y el Yo Real Definitivo, y se presentan en las patologías narcisistas, psicóticas y no psicóticas (perversiones, depresiones, esquizoidias). En cambio, la escisión estudiada en este trabajo corresponde al Yo Real Primitivo. En los pacientes adultos, especialmente en cuadros de adicciones o pacientes psicósomáticos, las escisiones ya están consolidadas y resulta más dificultoso el trabajo terapéutico.

La descripción y comprensión de los puntos de inflexión en que se producen estas escisiones en el yo temprano nos permiten refinar nuestras interpretaciones y técnicas terapéuticas considerando los momentos primitivos de su organización y su valor a posteriori y por consiguiente lograr mayor eficacia terapéutica.

### **Bibliografía**

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.

Emde, R. (1999) "Avances en el tema de las influencias integradoras de los procesos afectivos para el desarrollo y para el psicoanálisis", Revista de Psicoanálisis, Tomo LVI, Nº 1, 1999.

Freud, S. (1911b) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", en AE, vol. 12.

\_\_\_\_\_ (1914c) "Introducción del narcisismo", en AE, vol. 14.

\_\_\_\_\_ (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.

\_\_\_\_\_ (1924c) "El problema económico del masoquismo", en AE, vol. 19.

\_\_\_\_\_ (1926d) Inhibición, síntoma y angustia, en AE, vol. 20.

\_\_\_\_\_ (1950a) Los orígenes del psicoanálisis, en AE, vol. 1.

Green, A. (1993) "Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante",

- en El trabajo de lo negativo, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995.
- Le Doux, J. (1994) "Emoción, memoria y cerebro", Revista Investigación y Ciencia, Buenos Aires, Agosto, 1994.
- Maldavsky, D.(1998) Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.
- 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.  
\_\_\_\_\_ (1995a) "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.  
\_\_\_\_\_ (1995b) "Neurosis traumática: la invasión pulsional y sus efectos". Revista Psicoanálisis con niños y adolescentes, Nº 8.  
\_\_\_\_\_ (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.  
\_\_\_\_\_ (1998c) "Algunas hipótesis acerca de las protoformas de estados adictivos. Un síndrome tónico temprano", Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes, Nº 11, 1998.  
\_\_\_\_\_ (1999a) "Erotismo y violencia en los vínculos familiares y de pareja. Celotipia, estados tóxicos y fijaciones a traumas", Actualidad Psicológica, Nº 262, marzo.  
\_\_\_\_\_ (1999b) "A constituição da subjetividade na pubertade: estase pulsional, identificações e defesas", Revista de Psicanálise, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Vol. VI, Nº 1, Maio 1999.  
\_\_\_\_\_ (1999c) "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", Revista de Psicoanálisis, Número Especial

- Internacional, N° 6, 1998-1999, 'Lo representable, lo irrepresentable. Enlaces, transformaciones y destinos'.
- (2000) "Cripta y retracción narcisista en un vínculo de pareja", Actualidad Psicológica, XXIV, N° 279, 2000. ("Crypte et retrait narcissique dans un lien de couple", Le Divan Familial, Francia, N° 4).
- (2001a) "Resistencias del ello: Retracción narcisista, masoquismo erógeno y lógicas del pensar", Revista de Psicoanálisis T. LVIII, N° 1, Marzo 2001, "Debates actuales en psicoanálisis: la pulsión en la teoría".
- (2001b) "Estados traumáticos en la infancia temprana y su compensación posterior en términos neuróticos", Actualidad Psicológica, XXVI, N° 285.
- (2002a) "Los niveles arcaicos en una paciente con cáncer. La música, la cenestesia y la toxicidad pulsional", Actualidad Psicológica, XXVII, N° 298.
- (2002b): "El déficit atencional y su sustrato: enfoque teórico-clínico", Cuestiones de infancia, Revista de Psicoanálisis con niños, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Año 2002, Vol. 6.
- (2004) "Escisiones en el yo real primitivo y su eficacia en los procesos psíquicos posteriores", Subjetividad y procesos cognitivos, UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), N° 6.
- Stern, D. N. (1985) El mundo interpersonal del infante. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- 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.