



ESCISIONES EN EL YO REAL PRIMITIVO Y SU EFICACIA EN LOS PROCESOS PSÍQUICOS POSTERIORES

Clara R. Roitman *

Resumen

En este trabajo se consideran los comienzos de la vida psíquica desde una perspectiva freudiana tomando en cuenta: a) la fuente pulsional; b) el enfoque freudiano de la estructura y las funciones anímicas del sistema nervioso, vistas desde el psicoanálisis; c) la tramitación interna de las incitaciones pulsionales; d) de la libido narcisista, que considera los afectos, e) la tramitación interna de la pulsión de muerte y los desempeños motrices; f) las somatizaciones; g) el mundo sensorial y las trayectorias proyectivas; h) el dolor y su efecto sobre la sensorialidad cenestésica; i) el surgimiento de la conciencia originaria; j) las defensas y la economía pulsional intracorporal.

A partir de una historia clínica, en la que se pueden apreciar un síndrome temprano, vista con un enfoque longitudinal, se describe una solución que implica una escisión temprana, en el yo real primitivo. Las defensas posteriores implican el sostén de un cierto grado de equilibrio psíquico, con el mantenimiento de la fractura. El origen de la fractura se debe a un factor traumático muy temprano y puede pasar mucho tiempo hasta que, debido a la acción de traumas posteriores esta estructura pierda el equilibrio dando lugar a la aparición de un cuadro clínico grave, generalmente referido a trastornos psicósomáticos y/o adicciones, latente hasta esos momentos.

Palabras clave

Escisiones psíquicas, yo real primitivo, narcisismo temprano, trastornos psicósomáticos, adicciones.

Abstract

This paper focuses the beginning of the psychic life from a the Freudian perspective. It considers: a) the drive source, b) the Freudian focus of the structure and psychic

* Doctora en Psicología (UBA). Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Coordinadora General del Doctorado en Psicología (UCES). Profesora del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). E-mail: croitman@el-sitio.net



functions of the nervous system, c) the inner elaboration of the drive stimulati, d) the narcissistic libido, e) the inner tramitation of the Todestrieb using the motricity, f) the somatizations, g) the sensorial world and its projective transpositions, h) the pain and its effect on the cenesthetic sensoriality, i) the emergence of the primary consciousness, j) the defenses and the intracorporal drive economy.

The author describes a fragmentary clinical history where it is possible to note an early syndrome, including a solution, based on an dissociation in the primitive real ego. The posterior defenses allows to reach a certain psychic equilibrium, with the maintenance of the early fracture. 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.

Key words

Psychic escisions, primitive real ego, early narcissism, psychosomatic affections, addictions.

Introducción

Este trabajo surge de la investigación teórico-clínica realizada a lo largo de varias décadas cotejando trastornos en los niños (incluso bebés) con patologías en pacientes adultos, especialmente aquellos que presentan trastornos psicósomáticos. En estos casos me ha llamado la atención, al igual que a otros colegas, el hecho de que, hasta el momento en que el trastorno se hace presente, algunos pacientes parecen personas equilibradas y en algunos casos con una rica producción en el campo laboral o profesional (Roitman, 1993, 1998b).

Lo mismo observé en algunos pacientes adictos o con trastornos psicósomáticos de aquellos que dicen poder controlar la ingesta (Roitman, 2000, 2002). Lo que llamaba mi atención era la coexistencia, escindida, de por lo menos dos fragmentos anímicos: uno vinculado a componentes neuróticos o con un grado de equilibrio que permite un ajuste adecuado, y otro que no había alcanzado el logro psíquico que supone el pasaje desde la alteración interna hasta la acción específica (Freud, 1950a, 1900a), por lo menos en cuanto a su predominancia.

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



En este trabajo deseo considerar precisamente las primeras escisiones, las que se originan con las más tempranas manifestaciones afectivas. Para ello, en primer lugar, realizaré una exposición actualizada de la perspectiva freudiana sobre los momentos iniciales de la vida psíquica (1) y luego estudiaré una historia clínica con un enfoque longitudinal, para describir una solución que implicaba una escisión temprana (2). Me referiré entonces a los aportes de otras disciplinas que estudiaron los comienzos de la vida psíquica, para desarrollar una contribución más abarcativa al estudio de las escisiones tempranas y su eficacia en la vida psíquica en niños y adultos.

I. Los comienzos de la vida psíquica desde la perspectiva freudiana

I.1. Introducción

La investigación de los procesos anímicos tempranos exige tener en cuenta tanto una teoría de las pulsiones como una de un yo originario, el cual posee una estructura, funciones y problemas que le son propios.

Trataré de llevar a cabo una síntesis de este fragmento de la teoría freudiana para proporcionar un marco formalizado donde ubicar mi aporte acerca de la estructuración del psiquismo temprano. Una ampliación de estas notas se encontrará en Roitman, 1993.

En 1905b Freud define a la pulsión como “la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir”, diferenciándola del estímulo sensorial, que es producido, por excitaciones singulares que provienen de afuera.

“En sí, no poseen cualidades, sino que han de considerarse sólo como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica. Lo que distingue a las pulsiones unas de otras y las dota de propiedades específicas es su relación con sus fuentes somáticas y sus metas. La fuente de la pulsión es un proceso excitatorio en el interior de un órgano y su meta inmediata es cancelar ese estímulo de órgano”: En un principio Freud diferencia dos tipos de pulsiones: del Yo (autoconservación) y sexuales (libido, en un comienzo en análisis sobre la autoconservación). En 1920 introduce el concepto de pulsión de muerte. Esta entra en pugna con las otras dos, a las que el creador del psicoanálisis reúne finalmente en Eros.

Freud plantea principios económicos que rigen estas pulsiones: constancia, placer, realidad, correspondientes a las pulsiones de vida. El principio de inercia psíquica (o Nirvana) corresponden a la pulsión de muerte. En este marco se integra la argumentación que expondremos, referida a la organización pulsional de Eros en los inicios de la vida y que incluye la consideración de un momento temprano del desarrollo libidinal, que Freud (1926d) solo mencionó, y al que Maldavsky (1999) denominó libido intrasomática. Lo común a este conjunto reside en que la libido inviste el propio cuerpo a la manera de un narcisismo originario, intrasomático, anterior al plan-



teado por Freud en “Introducción al narcisismo”. Más bien nos hallamos en ese momento al que Freud (1926d) considera inmediatamente ulterior al nacimiento, en el cual ciertos órganos (sobre todo corazón y pulmones) se conquistan una investidura elevada y que ha sido objeto de escaso interés en las investigaciones psicoanalíticas.

Nos referimos pues a ese momento inicial de la vida psíquica en el cual esta se desarrolla desde sus fundamentos somáticos. Para estudiar la vida psíquica temprana es conveniente pues tomar en cuenta el valor del cuerpo y su relación con los fundamentos de la subjetividad. Se trata pues de una concepción psicoanalítica del cuerpo. Consideraré diferentes sectores de lo que podemos considerar una unidad o estructura compleja. En relación con el cuerpo, me referiré a su valor como: 1) fuente química de la pulsión, y también como objeto de esta; 2) estructura neuronal que procesa incitaciones aportadas inicialmente por las fuentes pulsionales; 3) asiento de diferentes funciones que permiten la tramitación pulsional; 4) lugar en el cual se desarrollan diferentes modalidades de cualificación, propias de la vida afectiva; 5) fuente de incitaciones sensoriales: internas, externas o mixtas; 6) espacio de alteraciones, como consecuencia de conflictos; 7) asiento de ciertas defensas, que pueden ser normales o patógenas.

El desarrollo de los puntos antes expuestos nos permitirá ubicarnos en el marco de los comienzos de la subjetividad –que es intersubjetividad– en el del desarrollo del yo real primitivo y el de la conquista de un lenguaje en el cual se expresa una erogeneidad, que corresponde al erotismo intrasomático.

El concepto de yo surge a partir de un interrogante referido a la forma en que la energía pulsional puede ser regulada, cualificada, limitada, procesada a partir de los afectos y de un sistema de representaciones. De esta manera podemos comprender el devenir de un sujeto humano, participe de un grupo social, de una cultura, de un universo simbólico y de códigos éticos. El concepto “yo” se refiere a una estructura que se va constituyendo en grados crecientes de complejidad, y para explicarla utilizaré un punto de vista genético y uno estructural, que se complementan, en un corte diacrónico (cómo la estructura se va organizando), y en un corte sincrónico (cómo se vinculan los componentes entre sí, en un momento determinado, considerando es posible combinar el procesamiento de las exigencias pulsionales, los afectos y el mundo exterior (y luego las exigencias morales) las diferentes funciones psíquicas). Freud alude a tres momentos o tiempos lógicos en las constitución de la estructura: yo real primitivo, yo placer purificado y yo real definitivo, a lo cual se agrega el superyó, ideal del yo (Roitman, 1993, 1995, 1996, 1997, 1998a, 1998b, 1999).

En este trabajo yo consideraré el primero de ellos: yo real primitivo, en el marco de las luchas interpulsionales y el intercambio con el mundo.



I. 2. Fuente pulsional

La pulsión fue considerada por Freud (1905d, 1915e) primero como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Lo psíquico aparecía como un mundo de representaciones y afectos e incluía también las metas y los objetos de la pulsión, en tanto que la fuente de este era tomada como un sector sobre el que había poco que decir y que se dejaba para el campo de la biología. En 1920 (1920g) se produce un cambio en el que Freud recupera su reflexión temprana (1950a, Proyecto de psicología) sobre las fuentes pulsionales como parte del terreno del psicoanálisis. Expuso la hipótesis de la pulsión de muerte y sus conflictos con Eros (al que terminó considerando como un compuesto de libido narcisista y objetal, autoconservación y conservación de la especie). Sostuvo que el cuerpo posee una estructura química compleja, de donde surge la tensión que es inherente a Eros, que a su vez constituye una exigencia de trabajo para lo anímico. Finalmente (1940a) afirmó que en este ámbito (el del cuerpo como fuente pulsional y como energía neuronal) se halla lo psíquico genuino. Maldavsky (1999) comenta que podríamos diferenciar entre lo psíquico y lo subjetivo. Este último concepto incluye la actividad de la conciencia, el mundo de los afectos, diferentes metas y objetos de la pulsión, las percepciones, las huellas mnémicas, el pensamiento, las fantasías y las defensas, las decisiones, la actividad del yo y del superyó—ideal del yo. El sector de lo psíquico abarca el soma como fuente pulsional y como energía neuronal. Podemos así afirmar que por un lado los procesos somáticos son lo psíquico genuino y que por otro lado las pulsiones integrantes de Eros son una exigencia de trabajo para lo anímico, que conduce al desarrollo de la subjetividad, cuyo primer componente es la conciencia originaria, a la cual luego nos referiremos. Por lo tanto puede haber actividades psíquicas no subjetivas, en el sentido de procesos económicos carentes de enlace con la conciencia y con los demás componentes de la vida subjetiva (huellas mnémicas, afectos, pensamientos, entre otros).

Las hipótesis freudianas sobre las pulsiones les atribuyen ciertos rasgos, tales como presión constante, imbricaciones y conflictos entre ellas, especialmente entre sexualidad y autoconservación. Otro rasgo quizás más elemental es su carácter conservador. Cada pulsión aspira a conservar un estado determinado o volver a él. Así, la pulsión de muerte pretende conservar un estado de inercia inorgánica, o el retorno a él. La pulsión de autoconservación lucha contra la inercia, desde donde se ha originado, y aspira a mantener una tensión vital constante, que implica retornar a lo inorgánico de un modo imperativo pero lento, mediante rodeos.

La noción de presión o empuje, correspondiente a la primera teoría pulsional, se enlaza con la de tensión vital, en la hipótesis de 1920 en adelante. El conjunto de autoconservación y sexualidad (Eros) debe neutralizar a la pulsión de muerte, para lo cual se hace indispensable recurrir a algún tipo de actividad, especialmente a la actividad muscular, que permite dirigir la destructividad hacia un objeto o descargarla hacia el exterior.



Las fuentes de la tensión endógena son multiloculares y en consecuencia las pulsiones son parciales, aunque entre ellas una suele alcanzar primacía sobre las otras. Además, la nueva definición de las pulsiones, basada en su carácter conservador, le permitió a Freud (1933a, 1940a) describir como tales a otras pulsiones: pulsión de dormir (Freud, 1940a), de respirar (1950a) y de sanar (1933a). Esta última aspira a restablecer un estado previo, no trastornado por una perturbación orgánica, y toma como objeto al propio cuerpo.

Las pulsiones sexuales se destacan como las que más han atraído la atención de los analistas debido a su eficacia en la producción de síntomas y alteraciones del carácter y han sido estudiadas con mayor detenimiento. Están regidas por el principio del placer. Se ha destacado el valor de las zonas erógenas (oral, anal, fálica, uretral, genital), de gran importancia en el intercambio intersubjetivo. Pueden ser definidas como una región de la superficie corpórea en la cual una incitación despierta placer o displacer. En este sentido difieren de otras zonas del cuerpo en las cuales un estímulo queda cualificado como sensación (visual, auditiva, táctil, olfatoria, gustativa). La zona erógena es un lugar de la superficie corpórea que trasmuda el estímulo en sensación placentera y no tanto en impresión perceptual, aunque de hecho ambos desenlaces a menudo se superponen y entremezclan en proporciones diversas. No todas las pulsiones sexuales resultan distinguidas con la misma nitidez. Algunas, como la pulsión de ver, oír, tocar, se imbrican con la autoconservación y a menudo quedan subordinadas a ella. Otras, como el goce en el dormir, no abarcan un sector orgánico determinado sino el cuerpo en su totalidad.

Las pulsiones de autoconservación han sido mucho menos estudiadas en psicoanálisis y se las desconsidera en su valor y eficacia hasta el punto de arrumbarlas en el terreno de lo biológico o más confusamente de lo instintivo, lo cual parece ignorar lo que Freud entendía por *Instinkt*. Estas pulsiones pretenden imponer en lo anímico el principio de constancia, pero finalmente rinden su tributo a su origen en lo inerte y conducen a lo vivo al retorno a la desestructuración química inorgánica. Entran en una serie complementaria con el vivenciar y las incitaciones mundanas y pretenden lograr una neutralización de la eficacia de la pulsión de muerte a partir de lograr un vínculo con el universo sensoriomotriz.

Las tentativas de Eros por neutralizar la pulsión de muerte tienen un costo. Un resultado de ello es el masoquismo erógeno. Entonces se altera el principio de placer. También puede darse otra solución, en que el costo lo solventa la pulsión de autoconservación, que queda alterada. Entonces prevalece la autointoxicación, la estasis de la necesidad, con una perturbación del principio de constancia. En este caso sobreviene una necesidad de estar enfermo (Freud, 1940a), el inverso de la pulsión de sanar. También puede plantearse que la estasis de la autoconservación puede hallar una solución precaria en esos procesos en los cuales un fragmento del propio organismo,



recortado del resto, opera como suplente, en el lugar de un objeto del mundo faltante, tal como se verá en el material clínico que se expondrá.

I.3. Enfoque freudiano de la estructura y las funciones anímicas del sistema nervioso vistas desde el psicoanálisis

Todas las incitaciones pulsionales recién descriptas constituyen en primer lugar estímulos para el sistema nervioso. Según Freud (1915c), la evolución de este sistema en los seres vivos deriva de las exigencias de tramitación de las tensiones pulsionales. Para que este sistema opere, es necesario que disponga de una energía a la que a veces Freud (1923c) llamó de reserva, compuesta sobre todo por libido desexualizada.

El sistema nervioso posee una estructura compleja, con áreas de captación (con un primer grado de tramitación) y descarga de las incitaciones, otras de transmisión y otras de procesamiento interno. Maldavsky se refiere a una cuádruple red de funcionamiento, con autonomías y subordinaciones relativas que permiten pensar por un lado la coexistencia entre modalidades arcaicas y más recientes de la actividad psíquica y por otro lado que la sofisticación interna creciente hace posible la mayor ligadura de las incitaciones pulsiones. La mayor sofisticación de un sistema respecto del precedente se presenta en el yo en términos de lógicas más o menos refinadas para operar sobre la vida afectiva, sobre la materia sensible, sobre la motricidad, sobre la memoria y los pensamientos. Freud (1900a) se refirió varias veces a estas lógicas (simultaneidad, analogía, etc.), tema que ha sido escasamente considerado por sus discípulos.

Maldavsky (1999) destaca que la vida pulsional se expresa en el plano neuronal como prevalencia de determinados principios que regulan los procesos de descarga: constancia, inercia y su combinación con el de placer y realidad. Afirma que la cuestión de la tensión pulsional es un problema no sólo teórico sino también clínico, ya que a veces pone en evidencia una estrategia en cuanto a la alteración, el rebajamiento o la extinción de la energía neuronal. La energía de que dispone el sistema nervioso corresponde a la autoconservación y a la sexualidad pero también entra en juego el tesoro hereditario que corresponde a la pulsión de conservación de la especie, que transforma a cada sistema nervioso en mensajero y representante de la filogenia y no sólo de la subjetividad individual. La complejización y maduración del sistema neuronal le permite al mismo tiempo mantener esta energía permanente a su disposición, que puede acrecentarse.

I.4. Tramitación interna de las incitaciones pulsionales

En el comienzo de la vida psíquica prevalece un criterio para la tramitación neuronal y subjetiva de las incitaciones pulsionales: la alteración interna. Freud (1950a, Proyecto) alude a la alteración interna cuando describe la situación del recién nacido, que mediante la expulsión de la columna de aire inaugura al mismo tiempo la activi-



dad respiratoria y, como consecuencia del grito, una comunicación con el otro cuya importancia sólo habrá de descubrir ulteriormente. En este caso alteración interna y acción específica coinciden. Por alteración interna Freud alude a los procesos de descarga que no derivan del nexo con una investidura de un objeto como requisito para el despliegue de una acción que conduzca a un cambio en la fuente pulsional. 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. Refinando las hipótesis y sintetizando, podemos afirmar que en el procesamiento de algunas pulsiones existen tramos en que predomina la alteración interna y otros en los que prevalece la acción específica.

Como ejemplo de las pulsiones que a lo largo de la vida siguen regidas por la alteración interna podemos mencionar la de sanar, la de dormir y la de respirar, ya mencionadas. La actividad circulatoria y respiratoria recaen sobre órganos y son paradigmáticas de la tramitación pulsional mediante la alteración interna. La actividad alimenticia introduce una espacialidad intracorporal diferente de la que caracteriza a las anteriores, tal como lo plantean Spitz y Stern al referirse al mundo y presupone una coordinación compleja (Spitz, 1965). Cuando el mamar es pasivo, como lo describe Freud (1931b) para el comienzo de la vida psíquica, prevalece también la alteración interna como forma de tramitar las exigencias alimentarias.

I. 5. Tramitación interna de la libido narcisista: el universo de los afectos

La alteración interna opera desde el comienzo mismo de la vida posnatal generando otros efectos, tales como el universo de los afectos, el de las somatizaciones, el de una sensorialidad intracorporal y el desarrollo de una musculatura que se enseñoorea sobre el sistema perceptual y sobre el sistema óseo, que son conquistados como patrimonio del yo.

Respecto de los afectos, Freud (1926d) los describe como neoformaciones, como el modo más elemental de la memoria. Le Doux extrae de su trabajo a nivel neurológico las mismas conclusiones (Le Doux, 1994, 1999). Los afectos repiten, evocan las condiciones precedentes de la economía pulsional. El afecto es memoria de la economía pulsional. En su origen fue la primera cualificación, la forma inicial de toma de conciencia, en particular del Ello, y en esto reside su carácter de neoformación: es lo primero nuevo en constituirse a partir de los fundamentos químicos y neuronales del cuerpo.

Casi todos los afectos se descomponen en tres elementos: descarga secretoria y/o vasomotriz, percepción de la descarga, matiz o tono. Freud (1926d, 1950a) destaca que en el afecto participan determinados sistemas neuronales que conducen a la tensión endógena hacia ese desenlace por el camino de la alteración interna. El matiz o tono afectivo constituye la primera cualidad, el primer contenido de conciencia, al cual



luego se le agregan las sensaciones o percepciones (estas últimas acompañadas de investiduras de atención). La angustia, la furia, el asco, el goce, entre otros, se atienen a esta descripción tripartita del afecto. Sin embargo, otros sentimientos, de la gama del dolor, escapan a dicha descripción. En el dolor no hay descarga endógena sino hemorragia (Freud, 1950, Manuscrito G). Por lo tanto, de los tres componentes sólo queda el matiz afectivo, sin descarga y por lo tanto sin percepción de ella. En ambos casos (afectos en general y dolor), se trata de desprendimientos pulsionales. En el caso del dolor este deja al yo en un estado de mayor pasividad e inermidad. En los afectos, a excepción del dolor, al matiz afectivo se agrega la percepción de la descarga que aporta un tipo adicional de cualidad como contenido de conciencia. El tipo de pulsión que culmina como afecto pareciera ser libido, en particular libido narcisista. El dolor compromete además a las pulsiones de autoconservación.

Mientras que en un comienzo los afectos constituyen desprendimientos libidinales automáticos, sólo morigerados por la intervención ajena, luego se convierten progresivamente en reediciones atenuadas de episodios iniciales, para lo cual es necesario disponer de un sistema de huellas mnémicas. Cuando este sistema está constituido, entonces los afectos despiertan sin el acompañamiento de la situación económica originaria, y más bien tienden a preparar lo anímico para prevenir contra una repetición indeseada.

Por lo tanto, los afectos de dolor pueden ya estar representados como memorias corporales y promover una alteración importante en la organización del sistema mnémico, e incluso intervenir en la desorganización de la ritmicidad de los estados de alerta y la capacidad de atender al mundo sensorial, sea interno o externo, dando lugar a la constitución de líneas de fractura.

El matiz afectivo, como cualidad, es un contenido de conciencia anterior a otro contenido de la conciencia inicial, el del mundo sensorial. El afecto, como contenido de conciencia, anuncia del estado de la economía pulsional, y sólo puede emerger como tal con el auxilio de la empatía de un asistente caracterizado por su subjetividad. En este sentido los afectos son también noticia del estado pulsional y emocional de los interlocutores primordiales.

I.6. Tramitación interna de la pulsión de muerte: desempeños motrices

La cuestión de la actividad intracorporal mencionada poco antes, al contraponer el dolor a los demás afectos, se extiende a otros terrenos. La neutralización de la pulsión de muerte por la alianza sexualidad-conservación es precaria y depende de la actividad de los progenitores para contener la tendencia a un retorno a formas primitivas de organización ante cualquier frustración. La motricidad constituye un modo de tramitar la pulsión de muerte (Freud, 1924c) y una erogeneidad determinada. A los fines de este trabajo nos interesa tomar en cuenta las motricidades iniciales, corres-



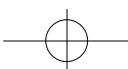
pondientes a la libido intrasomática. Respecto a la espacialidad intracorporal, las motricidades en juego están vinculadas a la respiración, succión, deglución, defecación y expulsión de gases, micción, y aquella destinada a lograr una organización que responda a la atracción gravitacional y la posición en el espacio. Forma también parte de los desempeños motrices iniciales los esfuerzos por coordinar varias series de actividades en un todo complejo, como el de la respiración y la deglución y la expulsión de una columna sonora, o la postural combinada con la lucha por expulsar los gases. Los movimientos permiten la generación, descarga y desplazamiento energéticos y facilitan la regulación tónica. Las alteraciones de un tono de base, en el nivel de las identificaciones primarias, corporales, pueden darse desde el nacimiento, o quizás en la vida intrauterina, como respuesta a estímulos químicos y mecánicos (Le Doux, 1999).

En este periodo temprano pueden aparecer alteraciones en la ligazón de pulsiones, en que la motricidad es utilizada a los fines de escapar de una tensión interna o bien para intensificarla, a través de procedimientos autocalmantes: rocking, mericismo (Fain, 1993, Smadja, 1993, 1995, Swec, 1993, 1995). En este procedimiento puede prevalecer el principio de constancia, la búsqueda de un encuentro armónico (no perturbado por el mundo exterior) entre funcionamiento neuronal e incitaciones pulsionales. La alteración en esta armonía deriva de una alianza entre la erogeneidad y la pulsión de muerte, a menudo como consecuencia del nexo con el mundo exterior. El procedimiento autocalmante opera en este sentido, siguiendo el propósito de imponer a la sexualidad un enlace con la autoconservación y el principio de constancia. Pero puede darse un fracaso en esta tentativa. Entonces los procedimientos autocalmantes cambian de signo y se vuelven agentes del principio de inercia al conducir a un vaciamiento total de la energía circulante.

I. 7. Somatizaciones

El amplio terreno de las somatizaciones tempranas abarca desde los problemas del dormir hasta las perturbaciones en las respuestas inmunitarias, desde los cólicos y los vómitos hasta los trastornos tónicos. Algunas de estas somatizaciones parecen una tentativa de responder no sólo a las incitaciones químicas sino a algunas de otros tipo, a mitad de camino entre la excitación pulsional y la sensorial, tal como el dolor.

En las somatizaciones se observa a menudo que un sector del organismo es tomado como objeto por las exigencias pulsionales. Este sector ocupa la posición de suplente de otras incitaciones que hubieran debido ser provistas por el mundo. Estos comentarios pretenden sugerir que las somatizaciones tempranas sobrevienen cuando falta el enlace entre las incitaciones pulsionales, y ciertos estímulos mundanos. Las alteraciones internas aparecen como modo de procesar las incitaciones internas, tanto las pulsionales como otras que se hallan a mitad de camino entre la pulsión, la impresión sensorial y el afecto.





Tales somatizaciones son corrientes durante un primer período y luego van cesando o cambiando a medida que el bebé dispone de una musculatura propia para desplegar movimientos y actos en que el sadismo está más discriminado del masoquismo y posee mayores recursos para la expresión de sus exigencias pulsionales y/o para su tramitación con un objeto mundano.

I. 8. El mundo sensorial y las trasposiciones proyectivas

Freud (1915e) sostuvo que el yo real inicial tiene como función el orientarse en el mundo al crear una primera diferenciación en el cúmulo de los estímulos que lo solicitan. Es así que diferencia entre los estímulos pulsionales, de los que no puede fugar, y los estímulos sensoriales, como los visuales, que puede hacer cesar sustrayéndose de la fuente incitante. En consecuencia el mundo excitante privilegiado, investido, es el pulsional.

La falta de investidura del mundo sensorial se combina con el hecho de que, en lugar de captar cualidades, que son siempre distintivas, la incitación externa es captada como frecuencias (Freud, 1950a) o períodos (Lacan, 1964), por lo cual pueden homologarse un estímulo auditivo y uno visual si ambos poseen la misma distribución temporal.

Stern (1985) también realizó la observación de la transmisión de información de una modalidad perceptual a otra en bebés de tres semanas y la consideró un efecto de una constitución innata del sistema perceptual. Llamó a esta capacidad percepción amodal. Los conceptos psicoanalíticos utilizados en este trabajo amplían la definición del marco teórico de Stern, ya que incluyen a la percepción dentro de un marco pulsional y sus principios económicos, así como dentro del marco del trabajo psíquico del yo real primitivo. En cuanto a la importancia de la constitución innata, Freud (1918b) sostenía que el instinto tiene por función cuidar el procesamiento y el destino de las percepciones (que son azarosas), acorde con ciertos esquemas universales, ideas afines con las de Stern. Consideramos que es posible que existan diferentes criterios (de origen instintivo) para combinar las percepciones, uno de los cuales es la frecuencia, y otros pueden consistir en trasposiciones proyectivas, como luego lo expondremos.

Podemos decir que con el nacimiento, la investidura del mundo sensorial es breve (y en consecuencia es escasa la captación de cualidades diferenciales), y luego se va alargando paulatinamente. Hay una cuestión relativa al tipo de sensorialidad y otra referida a la capacidad de sostener la atención. Cuando el mundo sensorial es captado como frecuencias, el yo capta asimismo los procesos de alteración interna desarrollados en otros cuerpos, especialmente las alteraciones en el ritmo cardíaco y respiratorio de quienes lo rodean.

Además de este mundo sensorial mundano, el propio cuerpo aporta un conjunto de



percepciones. Freud (1923b) destacó que el propio cuerpo es captado a través de tres tipos de sensorialidad, que él caracteriza como externa, interna y mixta. Algunas, sobre todo las visuales, son puramente externas, ya que el cuerpo es visto como un objeto del cual es necesario apoderarse por identificación (Lacan, 1964), proceso este que ocurre posteriormente. Otras son puramente internas, como el dolor (podríamos agregar a este grupo las sensaciones ligadas a la atracción terrestre, las de equilibrio y las de asfixia). Otras, por fin, son mixtas, como cuando un sujeto se toca a sí mismo.

Maldavsky (1999) desarrolla una conceptualización acerca de la constitución del cuerpo como territorio anímico en el cual una sensorialidad en la que predominan las percepciones internas como el dolor, es fundadora (por proyección intracorporal) de otra en la que prevalece la cenestesia y la percepción de la propia musculatura de sostén hasta que, por un nuevo esfuerzo de avance hacia el exterior del organismo, se generan otras espacialidades, tales como la táctil (intermedia entre lo interno y lo externo, y la visión). Se refiere a una organización formal de las percepciones según una geometría topológica, que se va complejizando como geometría proyectiva y posteriormente euclidiana.

Estas expansiones en la constitución del espacio corporal se generan por proyección, desde una periferia interior (dolor, asfixia) hasta otra igualmente interior (cenestesia, musculatura de sostén), a partir de lo cual se crea (por otra proyección) la periferia exterior (táctil) del cuerpo. Este proceso proyectivo se da en la medida en que las motricidades y las percepciones van ligando las exigencias pulsionales correspondientes, hasta que con el desarrollo de la fase oral primaria (a partir de la libido intrasomática) se crea la periferia exterior descrita por Freud (1926d), desde donde se inviste el mundo exterior de un modo más duradero.

Freud (1915d) destaca que el dolor orgánico es una pseudopulsión, es decir, es una incitación interna de la cual es imposible fugar y que tiene un carácter crecientemente perentorio. También (Freud, 1923b) afirma que el dolor es algo mixto, entre la sensación y el afecto y que constituye una incitación interna aunque el factor que lo genera sea externo. Algo similar podemos decir respecto a las sensaciones ante la atracción gravitacional (Roitman, 1998c, 1999a). Esta tiene un carácter necesario, no contingente, y en esto se diferencia del dolor. Surge con el nacimiento y puede generar trastornos tempranos en el dormir, respuestas inmunitarias y perturbaciones en la alimentación, junto con un síndrome hipertónico tal como se verá en el material clínico posterior. Quizás podamos ubicar en este nivel las hipótesis de Winnicott (1963) sobre el caer sin fin, vivencia ligada a menudo con la ausencia de investidura materna. La persona asistente puede regular estas tensiones a partir del contacto o la presión sobre la piel (envolver al infante para promoverle una sensación de contención similar a la de antes del nacimiento). Estas soluciones podemos observarlas poste-



riormente en los niños que para dormir se cubren totalmente con la sábana.

Otras incitaciones internas del mismo tipo que el dolor corresponden al sistema respiratorio, sobre todo las sensaciones de asfixia. A menudo esta vivencia no deriva de una falta de provisión de oxígeno sino de un estallido de furia intramitable, como consecuencia de la impotencia por lograr que un asistente realice las acciones conducentes a la resolución de una urgencia, tal como sucede en el espasmo de sollozo (Fain, Kreisler y Soulé, 1974).

Existen distintas periferias interiores, que en su origen fueron periferias exteriores: durante el tiempo que comandan al conjunto las sensaciones de vértigo y asfixia, las sensaciones en la piel pueden tener el valor de aportes que llegan desde un exterior al núcleo del yo-cuerpo, hasta que, por un apoderamiento proyectivo de la superficie cutánea, esta pasa a ser territorio propio, con lo cual se crea un nuevo dispositivo anti-estímulo. Antes que este se cree como tal, esta función puede ser aportada por un tono muscular alto, que luego es acompañado de una sobreinvestidura (prematura y defensiva) de una espacialidad visual sin el soporte de la significatividad cenestésica y del desarrollo afectivo, los cuales quedan parcialmente desestimados. El efecto de estas defensas es la producción de escisiones tempranas que pueden ser transitorias o duraderas, como se estudiará luego.

En cuanto a la cenestesia (Spitz, 1965), a la que se puede considerar como un estado intermedio entre las sensaciones de dolor, vértigo y asfixia, y las táctiles, aporta al mundo de las percepciones las primeras regularidades, conjuntamente con la percepción de los ritmos, que pronto se vuelven monótonos y tienen un enorme valor para la vida anímica, ya que constituyen un requisito para el surgimiento de la conciencia originaria. También la cenestesia ofrece la posibilidad de dotar de significatividad al mundo de las percepciones mixtas (internas y externas) en la piel.

Antes se aludió a las zonas erógenas como regiones de la periferia que trasmudan las incitaciones en sensaciones voluptuosas, placenteras o displacenteras, y no en impresiones sensoriales. Freud (1905d, 1924c) destaca que el estímulo incitante debe tener un ritmo. También los procedimientos autocalmantes deben tenerlo, pero estos últimos tienen una meta: el rebajamiento de la tensión sensual, especialmente en cuanto a su componente violento. Por ello los ritmos de los procedimientos autocalmantes tienden a la monotonía. En cambio, los ritmos incitantes en el marco del placer privilegian la diferencia, la variación acorde a los procesos voluptuosos.

Queda por considerar el status teórico de lo que en biología se llama percepción inmunitaria. Se trata de informaciones referidas al propio cuerpo en cuanto a la identificación (como lo propio, diferenciándolo de lo ajeno), el estado y las funciones químicas intracorporales, todo lo cual conduce a la activación o inhibición de determi-



nados mecanismos inherentes a los procesos inmunitarios. Estas actividades, en el marco de la teoría psicoanalítica, corresponden a la pulsión de sanar, en la cual se acoplan autoconservación y sexualidad, las cuales toman como objeto al cuerpo propio. Pero estas informaciones no aportan cualidades, no son aptas para transformarse en contenidos de conciencia, salvo por transposición proyectiva intracorporal a un mundo sensorial diverso, por ejemplo el cenestésico.

I. 9. El dolor y sus efecto sobre la sensorialidad cenestésica

En el mundo de las percepciones puramente internas es conveniente distinguir entre aquellas que poseen un carácter perentorio, como las de dolor, vértigo o asfixia, que reunimos bajo la denominación freudiana de pseudopulsiones, y aquellas otras, como las cenestésicas y kinestésicas, que se van volviendo monótonas. Todas ellas poseen un carácter cuantitativo, pero además tienen una distribución temporal: una frecuencia, un período. El sistema neuronal puede captar los períodos cuanto menos queda invadido por factores cuantitativos. El vértigo, la asfixia y el dolor son perentorios y en consecuencia su cualificación resulta problemática. Sin embargo, podrían llegar a combinarse con la cenestesia, como se verá en el material clínico.

Freud (1950a) establece una diferenciación entre el dolor físico, que no cesa, y para el cual, debido a su intensidad, las neuronas se vuelven pasaderas (sin dejar una inscripción en el psiquismo sino en el sistema neuronal) y la vivencia de dolor, que sí deja huellas mnémicas. Freud alude a un aprendizaje biológico, centrado en buena medida en los efectos que el dolor deja en la economía pulsional: tendencia a la defusión pulsional y a la perturbación en la constitución y el desarrollo de la memoria. En los casos de traumas tempranos no se inscribe el recuerdo respecto a una percepción, sino de una alteración en la economía pulsional y neuronal. En cambio, cuando el dolor no es arrasador (traumaizante) se crean las vivencias de dolor y, como consecuencia de estas, las representaciones-órgano. Estas constituyen los fundamentos de las representaciones-cuerpo (Freud, 1923b).

Freud (1920g) sostiene que el dolor impone ciertos desenlaces en la economía pulsional, sobre todo la migración de investiduras desde diferentes lugares hacia la región afectada. Esta migración puede localizarse en la zona dolorígena como sobreinvestidura o distribuirse como contrainvestidura en la región que bordea el sector afectado. La sobreinvestidura produce un incremento del estado hemorrágico y empobrece al sistema (Roitman, 1995). Esta sobreinvestidura es atraída por el proceso dolorígeno, y, como defensa antihemorrágica, puede surgir una desinvestidura de la región afectada, un desvío de la atención (investidura). En cuanto a la contrainvestidura (que no recae sobre el proceso dolorígeno sino sobre su entorno), también empobrece el resto de la economía pulsional. La contrainvestidura pretende neutralizar dicha hemorragia pulsional (al frenar la expansión de dicho proceso dolorígeno) aunque a menudo mantiene la fijación a la situación algógena. En la resolución de la mis-



ma tiene injerencia la pulsión de sanar, que a menudo requiere de la alianza con aportes provenientes del exterior al organismo (el auxilio ajeno).

La migración de investiduras egoístas y narcisistas hacia la región dolorida suele dejar un sedimento, un resto, luego de restablecida la economía pulsional preexistente. Ese resto pasa a formar parte de una espacialidad, una representación-órgano. La región afectada es objeto de una nueva investidura, la cual suele recaer sobre las regularidades cenestésicas, que en el momento de la vivencia de dolor han atraído primero una sobreinvestidura y luego una desinvestidura y una contrainvestidura defensivas.

A veces esta secuencia se presenta en un terreno puramente económico (Roitman, 1995). Las vivencias de dolor se acompañan de atención y de conciencia y permiten una inscripción o huella mnémica. La hemorragia pulsional puede carecer de ellas, ya que el sistema quedo empobrecido, por lo cual sólo restan memorias corporales, sin conciencia (Le Doux, 1999).

La conceptualización sobre dolor se correlaciona con el concepto de trauma. En ese sentido es importante contar con los aportes de estudios y seguimientos de bebés que han pasado por situaciones dolorosas en los primeros estadios del desarrollo, especialmente bebés prematuros, hospitalizados.

Las vivencias de dolor, las sobreinvestiduras y sobre todo las desinvestiduras y las contrainvestiduras internas y sus efectos parecen corresponder a modos de neutralización de la pulsión de muerte que deja sus huellas en la economía pulsional de Eros. En cambio, las investiduras de una sensorialidad cenestésica-kinestésica que se vuelve regular y monótona constituye un modo de dotar de un lenguaje (un modo de expresión) a la libido intrasomática, acoplada a la pulsión de autoconservación. El agregado posterior de la investidura de la actividad alimentaria aporta nuevas variaciones al conjunto de sensaciones intracorporales y abre el camino hacia las zonas erógenas del cuerpo en contacto con un mundo extracorporal, caracterizado por la diversidad de sus matices.

Ya destacó que las incitaciones sensorio-motrices intracorporales llegan al sistema neuronal como un conjunto de frecuencias. Cada una de ellas tiene una monotonía intrínseca, que si se le confronta con otra, tiene rasgos diferenciales. Esta diversidad entre las frecuencias intracorporales monótonas puede tender hacia la uniformación (como expresión de una dirección hacia la inercia) o a una complejización (expresión de una tensión pulsional inherente a Eros), contrapuesta a la pulsión de muerte (Malavsky, 1997).

El mundo extracorporal, también caracterizado por los mismos criterios, es decir en términos de frecuencias opera primero como contexto. Este contexto mundano hace



de complemento de las incitaciones pulsionales y de una sensorialidad y una motricidad intracorporales caracterizadas por el encuentro entre frecuencias regulares. Cuando ocurre esta combinación, están dadas las condiciones para el surgimiento de la cualificación y la conciencia, aunque pueden presentarse fallas entre el contexto mundano y las incitaciones de donde derivan, por ejemplo, muchas somatizaciones.

I. 10. Surgimiento de la conciencia originaria

Freud (1950a) define a los contenidos de la conciencia como cualidades, las cuales son de dos tipos: los afectos y las impresiones sensoriales. En la medida en que se desarrolle esta conciencia, surge la subjetividad. Existen numerosos aportes recientes al tema, sobre todo desde la perspectiva neurológica, que destaca que el surgimiento de esta conciencia se atiene a un fundamento instintivo, filogenético. También otros autores sostienen, como Freud, que el primer contenido de esta conciencia es el afecto, al cual luego se le agrega la sensorialidad. Podríamos decir que el mundo sensorial se vuelve significativo (y no indiferente) cuando se le acopla proyectivamente el valor de un afecto y consiguientemente de una investidura libidinal. En un principio la cualificación y la conciencia tienen una duración escasa y rápidamente la investidura disponible se agota en las pugnas por alcanzar equilibrios internos entre las exigencias pulsionales, a menudo gracias al aporte mundano.

La investidura del mundo sensorial dota a la conciencia de una mucho mayor riqueza de contenidos, y permite además desarrollar un mundo representacional más complejo y sutil, en el cual se van entreverando la propia vida pulsional, el instinto (la filogenia), la actividad psíquica interna (por ejemplo, las trasposiciones entre sistemas sensoriales), los aportes de la asistencia ajena. En principio el mundo sensorial es investido como consecuencia de una atención reflectoria, promovida desde el mundo. Entonces se crean los rudimentos de la cualificación, que puede o no ser seguida inmediatamente por la atención (investidura) psíquica. Freud (1950a) sostenía que esta conciencia aportaba a los contenidos sensoriales un componente subjetivo. Por ello afirmamos que la conciencia es uno de los fundamentos de la subjetividad, al dotar de cualificación al mundo de las pulsiones.

I. 11. Las defensas y la economía pulsional intracorporal

Al aludir al problema del dolor orgánico se describió una serie de respuestas económicas (basadas en el desplazamiento de cantidades pulsionales en relación con el estímulo) que globalmente pueden describirse como contrainvestidura (cuando se sobreinvieste la región que rodea al área afectada, en la tentativa de contener la intrusión) y desinvestidura (cuando se pretende sustraer la atención de la zona afectada y dirigirla hacia otro lugar, ya que de lo contrario aumentan los estados hemorrágicos). En estos movimientos económicos intervienen sexualidad y autoconservación. Mediante estos movimientos Eros pretende neutralizar otro riesgo, consistente en la pérdida de energía de reserva, ya que la hemorragia puede conducir a que en la econo-



mía pulsional prevalezca el principio de inercia, que lleva a la desdiferenciación y a la monotonía. Estas defensas atañen esencialmente a la economía del psiquismo y es el yo quien las lleva a cabo.

Este planteo introduce una cuestión expuesta por Freud y poco elaborada por psicoanalistas posteriores: las defensas entre Eros y pulsión de muerte (Freud, 1923b). Estamos habituados a considerar las defensas como patrimonio yoico, pero las hipótesis recién reseñadas prestan atención a los fundamentos de las mismas. La descripción freudiana de las respuestas económicas ante el dolor orgánico es un ejemplo, pero no es el único ni necesariamente el más importante.

La pulsión de muerte tiende a la descarga inmediata de cualquier tensión libidinal no desexualizada, o al vaciamiento del conjunto de las tensiones erógenas, para instalar el principio de inercia, que lleva a una descomplejización estructural, como la depresión esencial del lactante (Kreislner, 1981) o el marasmo (Spitz, 1965). Eros pretende conservar al menos una tensión pulsional constante. Predomina entonces el principio de constancia, base para el mantenimiento y el aumento de la complejización psíquica que permiten que se instituya el principio de placer y luego el de realidad. El principio de placer enfatiza el valor de una cualificación de las cantidades y una alternancia en los afectos que toma a lo placentero “como modelo de las vivencias de satisfacción que el bebé siente cuando está gratificado pulsionalmente” (Freud, 1911b).

Una tarea inicial de Eros (sexualidad y autoconservación) consiste en neutralizar la tendencia a la inercia, al vaciamiento de la tensión, que impone la pulsión de muerte. El principio de inercia conduce a la desinvestidura del propio cuerpo como fuente y objeto libidinal, al darse de baja a sí mismo y dejarse morir. Ello ocurre sobre todo cuando resulta imposible mantener la tensión vital gracias al encuentro con la de los sujetos cuidadores y su correspondiente empatía. Esta tendencia a dejarse morir es inherente a una defensa de la pulsión de muerte frente a Eros, y se puede expresar en los estados en que el bebe se halla inmerso en un sopor letárgico. Freud (1923b) consideraba que se dan defensas de unas pulsiones contra las otras, y que, así como la pulsión de muerte se defiende intentando vaciar todo la energía de libido no desexualizada, Eros pretende conservar una tensión constante, precisamente gracias a la desexualización, por ejemplo, poniendo énfasis en el mundo de las percepciones, y no sólo en los goces corporales, o en los desempeños motrices.

La falta de investidura del mundo sensorial, como cuando en el bebé falta la energía disponible para ello, puede ser un indicio de descomplejización o no complejización que expresa el predominio de la pulsión de muerte. Pero existen otras defensas ante la pulsión de muerte de carácter funcional, tales como el sopor funcional, que puede volverse letárgico. En este caso prevalece el recurso defensivo a la pulsión de dormir, sobre todo cuando las incitaciones erógenas se vuelven desmesuradas para el be-



bé. La habituación, descrita por Brazelton (1990), entraría dentro de este tipo de defensa temprana, ya que es rápida, pero funcional (adaptativa), y el bebé al cabo de poco tiempo restablece su equilibrio. En este letargo también participa la pulsión de sanar, sobre todo cuando existe alguna alteración en las fuentes pulsionales que requiere el reestablecimiento de una homeorrhesis, es decir una homeostasis con una direccionalidad vital (Waddington, 1957, Maldavsky, 1992). A veces el mayor aporte para neutralizar la pulsión de muerte lo realiza la libido, como ocurre en el masoquismo primario erógeno, que Freud (1924c) describió. Pero en otras ocasiones el aporte mayor lo realiza la pulsión de autoconservación. Entonces ya no queda alterado sólo el principio de placer (como en el masoquismo) sino también el principio de constancia, y puede aparecer una necesidad de estar enfermo, como perturbación de la pulsión de sanar.

Estas defensas ante la pulsión de muerte tienen un carácter sado-masoquista intracorporal (Freud, 1924c) en que un fragmento de las pulsiones intracorporales orgánicas se vuelve activo en relación a otro fragmento, al que toma como objeto. Esta falta de un encuentro afectivo con un sujeto diferente promueve una tendencia a dejarse morir. Entonces dicha ausencia puede quedar suplida recurriendo a otra fuente que aporta la tensión ya la diferencia. Tal otra fuente excitante, que opera como suplente, es aportada por el propio cuerpo (Roitman, 1998c), que entonces se ve conducido a alterar un fragmento de la economía energética, por ejemplo al enfatizar la hipertonía, al autogenerarse una sensación de hambre, de asfixia, de repleción visceral o de sueño. Así como el aletargamiento corresponde a un procedimiento autocalmante que apacigua la tensión sensual desmesurada, el incremento recién mencionado tiene un valor opuesto, también al servicio de mantener el principio de constancia, claro que en este caso ante la amenaza de la caída en la inercia.

En todas estas situaciones nos hallamos ante sadomasoquismos intracorporales que a menudo se combinan con una estasis de la autoconservación, acompañada de una estasis libidinal (respecto de estos puntos, ver Roitman, 1993). El auxilio ajeno, a través del acunamiento y la provisión de un contexto acorde a las exigencias endógenas, suele contribuir a lograr esta neutralización interna de la pulsión de muerte.

Otra defensa inherente a este momento consiste en hipertrofiar los procesos proyectivos, hasta el punto de pretender eliminar la fuente incitante interna. La agitación motriz y los gritos derivados de la expulsión de la columna de aire por la garganta suelen despertar la atención de los progenitores, quienes aportan el auxilio necesario. Si ello no ocurre entonces la tendencia a la expulsión termina en un agotamiento de la energía de reserva que puede dejar a la economía pulsional sin recursos para la consumación de otras exigencias internas (Freud, 1924c). La agitación motriz antes descrita puede acompañarse de una sobreinvertidura de la percepción distal, proceso que tiene el valor de un procedimiento autocalmante prematuro y defensivo. Del



mismo modo, el sopor funcional puede fracasar en su cometido y transmudarse en un letargo que conduce a la inercia.

Otra defensa, esta vez de carácter funcional, consiste en la muerte de un sector del propio tejido vivo para volverlo inexcitable ante incitaciones exógenas. Así ocurre con los dispositivos antiestímulos desarrollados en la piel en contacto con el mundo extracorporal. La piel, en su función de contacto, puede quedar investida libidinalmente como defensa y tiende en consecuencia una tendencia a la irritabilidad, de donde puede derivar un rechazo al contacto.

En ciertas ocasiones, en especial cuando se combinan vivencias traumáticas de dolor físico y desamor parental, puede plasmarse una disposición particular de la coraza antiestímulo, que no protege a los órganos sensoriales (y al mundo subjetivo) de la captación de estados internos (corporales y psíquicos) ajenos. Entonces pueden reunirse una irritabilidad inespecífica ante estímulos mundanos con una tendencia a mantener una perturbadora captación de estados intracorporales ajenos, tomados como si fueran propios. Es necesario subrayar, como ya se ha hecho, que el núcleo de los procesos anímicos, esa presunta interioridad pulsional, está atravesada por la economía pulsional y las actividades psíquicas ajenas, aspecto que resulta básico para entender los vínculos tempranos.

Una forma básica de neutralizar la pulsión de muerte por Eros consiste en el recurso a motricidades y sensorialidades intracorporales, que permiten ligar la libido intrasomática.

Estas motricidades intrasomáticas, regidas por la alteración interna, son patrimonio del **yo real primitivo**, el cual aspira a lograr una coordinación entre los segmentos motrices que ataje la tendencia a las somatizaciones y las desinvestiduras pulsionales hemorrágicas. Para ello se hace necesario hallar un modelo mundano en el cual anticipar dicha coordinación entre los segmentos motrices. Este modelo corresponde al contexto intersubjetivo, donde dicho yo se encuentra con un ámbito nutriente-desintoxicante.

El modo en que lo anímico dota de un lenguaje al erotismo intrasomático deriva de una serie complementaria en la cual se combinan una anticipación filogenética (que prepara para el encuentro de determinados estímulos a los que formaliza de una manera específica) y un vivenciar contingente, que si no coincide con lo esperado, queda reordenado a partir del saber instintivo.

También deseo aclarar que el concepto de “lenguaje para el erotismo intrasomático” a nivel del **yo real primitivo** se refiere a un tipo particular de organización de huellas mnémicas, en que se reúnen afecto, percepción y motricidades intracorporales.



Estas huellas mnémicas sirven de basamento a la simbolización. Son el antecesor de los lenguajes posteriores: verbal, gráfico o lúdico, etc.

En el marco de estas luchas y defensas entre pulsiones interviene una actividad del **yo real primitivo**, consistente en el desarrollo de la conciencia originaria, constituida por cualidades de dos tipos: afectos e impresiones sensoriales. La atención reflectoria antecede al surgimiento de la cualificación, la cual luego es sucedida por una atención psíquica (Freud, 1950, *Proyectos de psicología*). En este mismo sentido, Freud (1926d) destaca que las investiduras de órgano son un preludio de las investiduras de objeto, que se desarrollan luego.

Este tipo de conceptualización permite un análisis cualitativo psicoanalítico de los datos aportados por Brazelton y Cramer (1990), y una comprensión de las desviaciones. Podemos considerar al mundo exterior de diversos modos, en relación con el aporte de un complemento de acciones específicas, como un contexto (en cuanto a frecuencias ni muy altas ni nulas), como sostén empático e identificadorio, como fuente de incitaciones intrusivas de dolor o de vértigo. Podemos agregar otro valor, consecuencia de un mecanismo, el contagio afectivo, por lo cual en lo anímico del bebé pueden aparecer desbordes emocionales (ritmos respiratorios o circulatorios de la madre, tonicidad de esta, tensión en el contexto familiar) que se presentan como cuerpos extraños, consecuencia de una imperfecta constitución de una pantalla antiestímulo. Tal contagio es el complemento de la captación de procesos mortíferos desarrollados en cuerpos ajenos al propio, con una homologación entre los órganos existentes en uno y otro. Estos conceptos no sugieren un desarrollo lineal, sino una predominancia de un estado sobre el otro, a menudo con alternancias y combinaciones complejas que modifican la estructura.

II. Sobre las escisiones en el yo real primitivo

1. Material clínico

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 la beba no estuvo al lado de la madre. La traían para comer y la dejaban un rato. La madre 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 despertarla. 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 al hogar.

Ya en la casa, la mamá descubrió qué pasaba. Mariana dormía profundamente desde



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

Al mes tuvo una otitis que curó con antibióticos. La mamá creía que se había enfermado porque había tomado frío. Más o menos un mes más tarde, 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, papilla de vegetales, ya que parecía constipada. Esto le produjo cólicos, por lo cual se le siguió 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 a los bordes de la cunita, que ella golpeaba para escuchar los sonidos. Alrededor de los 5 meses comenzó a participar el padre para hacerla dormir en brazos o para acunarla.



A los nueve meses, con el mayor desarrollo de la motricidad de sostén y de movimiento, comenzó a pararse apoyándose primero en la cunita. También saltaba en ella, de buen humor y con mucho interés. En el piso, 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 una beba atenta 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: 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 caliente.

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 de vida, siguió con las otitis a repetición, cada 40 ó 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 también suave. Debido a sus constantes fisuras en los dedos de las manos cuando practicaba deportes se la consideró hiperlaxa. Se apasionaba por ir a parques de juegos tipo *Disney World*, sobre todo la "Montaña rusa" y otros en que prevalecían la velocidad y el vértigo.

La madre contó que la primera época de la crianza le resultó muy difícil, y creía que por eso le quedaron tantos recuerdos. Sentía que por momentos podía entender a su bebé y por momentos no, ya que a la niña nada le venía bien, y se sentía agobiada entre su propia falta de sueño, los reproches familiares y su sentimiento de que a su hija le pasaba algo, de que sufría por algo, y de que no hallaba el camino para resolver la situación. Más adelante pudo relacionar la situación difícil del primer año de vida de Mariana con algunas alteraciones metabólicas surgidas durante el embarazo, sobre todo movimientos en los dedos de los pies mientras dormía, y que parecían de-



rivar de un déficit de fósforo y potasio. La madre no tomó por entonces la medicación indicada por temor a que así se dañara al bebé en el útero.

Resumamos los trastornos tempranos de Mariana. Desde el nacimiento y durante unos cinco o seis meses la bebé 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, tenía 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. Estas son, en síntesis, las manifestaciones más llamativas que pueden combinarse con la exposición global del desarrollo anímico corriente recién descripto, para dar lugar a nuevas conjeturas.

2. Hallazgos teórico-clínicos recientes

En la primera parte del trabajo presenté extensamente un marco teórico freudiano para la investigación de los procesos psíquicos tempranos. El material recién expuesto exige que hagamos trabajar el enfoque teórico inicial, para lo cual es necesario tomar en cuenta otras muchas investigaciones específicas, que permiten articular lo general con la singularidad del caso. Las investigaciones pediátricas (Brazelton, Gorsky) y psicoanalíticas fueron dando cada vez más importancia a los estudios centrados en estas interacciones (Winnicott, Spitz, Kreisler, Fain y Soulé, Stern, Lebovici). Todos ellos sostuvieron además que el bebé aporta lo propio y no es una hoja en blanco preparada para ser llenada por su entorno, especialmente la madre. Esta afirmación no rechaza el valor del agente maternante: si el bebé humano no contara con el auxilio del agente maternante, no podría tramitar ni las pulsiones de autoconservación ni las libidinales (Freud, 1900a, 1950a), ni las de muerte.

Sin embargo, es fundamentalmente en las últimas décadas cuando comienza a darse mayor importancia al estudio de las capacidades (e incapacidades) que trae un bebé, y a la continuidad de la vida pre y post natal. Este desarrollo estuvo facilitado por adelantos técnicos que permitieron que ciertos ritmos vitales pudieran ser estudiados con mayor precisión, especialmente los referidos al SNC y los centros reguladores, al sueño y sus distintos estados, a la alternancia sueño-vigilia, y el grito. La otra situación que impulsa los estudios sobre el desarrollo temprano es la gran cantidad de bebés prematuros que los progresos científico-técnicos permiten que se mantengan con vida.

De esta forma los estudios sobre las interacciones tempranas y las conductas del be-



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

El bebé se nos muestra como un ser capaz de influir en su entorno humano, al igual que el estar sometido a las influencias de dicho entorno. Se comprobó también que los bebés presentan grandes diferencias individuales en su modo de entrar en interacción con la madre, y esto posibilitó preguntarse hasta dónde las diferencias entre los lactantes tienen origen en los distintos tipos de cuidados proporcionados por la madre y hasta dónde las respuestas variables de la madre se originan en las características del bebé.

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

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



En primer lugar consideraremos una perturbación del procesamiento de la pulsión de dormir, quizá a partir del suministro de alguna sustancia en la *nursery*. Sobre este tema existen diferentes aportes recientes, sobre todo los de Brazelton y Cramer (1990). Al estudiar los estados de conciencia en recién nacidos, señalan que la longitud de los ciclos de sueño cambia normalmente con la maduración del sistema nervioso. Una falta de regularidad en estos ciclos puede indicar la presencia de problemas en el desarrollo del SNC. Los bebés inmaduros e hipersensibles tienen ciclos de sueño más breves y su capacidad para pasar del sueño ligero al profundo es deficiente. Necesitan más tiempo y apoyo del medio para no despertar a intervalos cortos cada vez que pasan al sueño MOR (“movimiento ocular rápido”). Los autores estudian los estados de alerta, el nivel de excitación y de actividad motriz, y la calidad de la vivencia afectiva. Los recién nacidos utilizan los diferentes estados en la serie vigilia-sueño profundo para controlar las tensiones endógenas o exógenas, y organizar su vivencia. Esta idea es afín con la de Freud al aludir a la pulsión de dormir: existe una tendencia al reencuentro del yo con sus fuentes en el ello, con lo cual puede establecerse y regularse un nexo económico de base entre la energía pulsional y la neuronal. Entre ellas parece necesario que prevalezca un equilibrio caracterizado por un grado óptimo de tensión y diferencia, que puede perderse durante el tiempo de vigilia, y se recupera al dormir. Según este criterio, los estados de dormir y de vigilia y sus cambios forman parte de mecanismos de regulación primitivo. Entre los neonatos se observan importantes diferencias individuales respecto al pasaje de un estado a otro. En estas circunstancias el mundo externo, como contexto, debe aportar frecuencias monótonas, estímulos que no sean ni demasiado relevantes (que despertarían la atención reflectoria del bebé) ni nulos. Así ocurre en el acunamiento.

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

Según Gorsky (1991a, 1991b), hay bebés que nacen con inmadurez en la regulación o modulación de los ritmos. En ellos se da una combinación entre la hipersensibilidad sensorial, el escaso control de los distintos estados de alerta y la excesiva reacción motriz debido a dificultades de modulación del SN. Estos bebés dan respuestas poco claras al entorno, y es difícil para sus padres tranquilizarlos. Consultado acerca de Mariana, Gorsky consideró que entraba dentro de este síndrome.

Consideremos ahora más detenidamente la cuestión del tono temprano (es decir el grado de contracción de los músculos en reposo). J. de Ajuriaguerra (1984), siguien-



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

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

Bergés (1988) alude a las primeras fases del desarrollo sensorio-motriz, en las que lo más importante son los ritmos vegetativos y el eje axial corporal. Las primeras coordinaciones se hacen sobre las fluctuaciones rítmicas del tono. Ciertas crisis tónicas del bebé se acompañan de tempestades vegetativas. Señala modificaciones que se producen en el tono en relación a estados de sueño, vigilia, el despertar, el dormirse y la importancia de estos ritmos, vinculados a las incertidumbres de la vida emocional. Las reacciones respecto al equilibrio son sumamente precoces y frecuentes en las alteraciones neonatales.

Sin embargo, en estas aportaciones de la neurofisiología no queda claro el lugar adjudicado al equilibrio. Agregaré otros aportes que quizás nos ayuden a comprender el valor del sentido del equilibrio y la sensibilidad a los cambios de posición. Prives, Lisenkov y Bushkovich (1975), en el apartado dedicado a Anatomía Cósmica, prestan atención al equilibrio. Con la salida del hombre al cosmos, este comenzó a penetrar en un medio exterior, con otro tipo de propiedades: ausencia de atmósfera aérea y de atracción terrestre. Esto permitió estudiar cierto tipo de cambios que se producen, entre ellos en el aparato locomotor, al que consideran como un sistema de superación de la gravitación (atracción gravitatoria). El aparato de superación de la gravedad en las condiciones del campo de atracción de la tierra trabaja en unión con el analizador estatocinético. Este último es considerado entonces no sólo como un analizador del equilibrio, la estática y la dinámica del cuerpo, sino también como un analizador de las fuerzas de atracción terrestre.

Este analizador está ligado con el del oído; por eso, según la tradición, se unen el órgano del oído y el del equilibrio (órgano vestibulo-coclear). Existen además receptores de esta información en las articulaciones y arterias.

De este modo, toda la evolución del hombre en las condiciones de vida de nuestro



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

Pensamos entonces que si bien el infante humano está biológicamente preparado para el pasaje de un medio líquido (en el útero) a un medio aéreo, en algunos casos no lo está del todo, y el síndrome de inmadurez al que se refiere Gorsky puede mostrar cómo algunos bebés no desarrollan adecuadamente las regulaciones esperables y poseen una alta sensibilidad a este tipo de sensorialidad, que se vuelve dolorosa (Roitman, 1998c, 1999a).

Distintos autores han relacionado la regulación tónica con la presión cutánea suave. Clínicamente se observó que bebés prematuros y los hijos de madres drogadictas padecen de un estado de agitación difusa y que se tranquilizan al ser fajados suavemente o rodeados en la incubadora con una sabanita, es decir cuando se ejerce sobre la superficie cutánea una presión suave. Mariana también se tranquilizaba en brazos. ¿Malcriada o necesitada de esta presión que la aliviaba de un dolor de otro tipo? Cuando el bebé está en el útero tal presión está ejercida desde el medio líquido en que se encuentra. Quizás algunos bebés no realicen fácilmente las regulaciones homeorrheicas (Wadington, 1957), tal como lo plantearon los autores citados, y, al igual que los cosmonautas, sufran alteraciones en receptores arteriales y articulatorios y/o viscerales con el pasaje de un medio a otro. La respuesta a este dolor puede ser tónica y afectar a la regulación del sueño.

Maldavsky (1999) considera a estas alteraciones del tonismo como un síndrome hipotónico-hipertónico, diferenciándolo del dolor. Este síndrome atañe a la musculatura de sostén osteoarticular, y las diferencias en las respuestas en este nivel parecen derivar de que, ante la vivencia de la gravedad y el cambio experimentado en el pasaje de un medio líquido a un medio aéreo, a partir del parto, sin el acompañamiento de una respuesta externa acorde con las urgencias en juego pueden darse dos alternativas: una de ellas consiste en el esfuerzo por autosostenerse (hipertonía) y la otra expresa una entrega pasiva ante el terror (hipotonía), una forma de abandonarse a la muerte.

Podemos conjeturar que las alteraciones del tono de base tienen también su origen en las primeras identificaciones corporales con las alteraciones tónico-afectivas de la madre y pueden estar facilitadas quizás desde la vida intrauterina, como respuesta a alteraciones químico-mecánicas, tal como puede desprenderse de los planteos de Le Doux (respecto a que las memorias afectivas son almacenadas en la amígdala a partir del tercer mes de la concepción). Los movimientos permiten la generación, des-



carga y desplazamiento energético y facilitan la regulación tónica.

La hipertonía defensiva recién mencionada parece ser un factor determinante no solo de los trastornos del sueño sino también de los cólicos. Podríamos pensar que el trastorno de Mariana se debía a los cólicos, y que estos iban a ceder cuando el bebé, por mayor desarrollo psíquico, pasará a tener medios más efectivos para procesar las tensiones, tal como lo describe Spitz (1969). Kreisler (1977) se refería a los cólicos del primer trimestre como una alteración en que coinciden una hipertonía fisiológica, reflejos arcaicos, actividad motora, indiferenciación global, no coordinada (salvo con respecto a la sensibilidad en todas sus formas: superficial, profunda y sentido de las posiciones). Kreisler, Fain y Soulé (1977) afirman que tales trastornos siguen una línea, en que ceden o progresan patológicamente hacia otros. En el caso de Mariana la hipertonía 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 eran solo la causa de la hipertonía. Más bien, la potenciaban. Yo agregaría que los orígenes de esta tensión se relacionan con alteraciones en las regulaciones, especialmente con un dolor de origen propioceptivo. De hecho, los trastornos se redujeron a medida que Mariana maduraba y tenía otros recursos. La hipertonía suele acompañarse de una sobreinvestidura defensiva de la sensorialidad distal que opera más a la manera de una contrainvestidura (fuga hacia adelante) que como un avance proyectivo hacia la exterioridad.

Podríamos agregar que, de acuerdo con la anamnesis, estos trastornos de Mariana siguieron una línea, en que algunos cedieron (los cólicos), y otros se mantuvieron, sobre todo las perturbaciones del sueño: el despertar abrupto con los cambios de posición, la no regulación de acuerdo a ritmos circadianos. La sobreinvestidura defensiva de las percepciones distales, que Mariana desarrolló posteriormente, dificultó algo más la retracción libidinal exigida por la pulsión de 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, la cual permite que las descargas sean dirigidas a los desplazamientos motrices y la exploración del mundo exterior.

En este sentido surge un interrogante, ya planteado por Spitz, acerca de cuáles son las condiciones que llevan a que los estados de alteración interna se mantengan, o decaigan y desaparezcan. De acuerdo con Spitz, alrededor de los 2 ó 3 meses este síndrome desaparece. En esa época el bebé desarrolla con mayor intensidad y frecuencia conductas dirigidas e intencionadas hacia su medio, y recibe respuestas sociales. Después del tercer mes las energías del infante están canalizadas en otras actividades y el nivel de tensión desciende. Podemos comprobar que luego de la desaparición de este síntoma en algunos niños surge otro tipo de alteración, ya dentro de lo que podríamos llamar trastornos funcionales del primer año o patologías psicósomáticas tempranas. Cuando la consulta es realizada a propósito de un niño mayor, y con una



patología ya declarada, estos trastornos tempranos no siempre figuran en las historias clínicas. No sabemos entonces si existieron o no, o si no fueron registrados por las madres, o fueron sepultados en el olvido.

En el caso de Mariana la alteración temprana de las funciones relativas a la regulación de los ritmos circadianos y a los cambios de posición en el espacio quizás derivó de que al nacer padecía un estado tóxico vinculado con la inmadurez fisiológica y/o los fórceps y la anestesia, y esto dificultó las modulaciones correspondientes al SN. Quizás influyó en todo ello la perturbación en el vínculo con la madre, pero no es este el aspecto que procuramos estudiar aquí.

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

Igualmente, es habitual que el recién nacido responda a las incitaciones sensoriales dolorosas (ante el estímulo que es la gravitación) con una conducta de apego (Bowlby, 1960/61), que a veces queda remplazada por un opistótono defensivo y una hipertrofia de la tonicidad. En este sentido, la tricotilomanía ha sido interpretada (Maldavsky, 1992) como una expresión de una búsqueda de aferramiento a sí mismo y del fracaso de dicha tentativa, este último manifiesto en el momento del tirón que corta el cabello y lo separa del cuerpo propio.

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

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



tualización más sofisticada, como las que intentamos realizar aquí en relación con los dolores internos, la hipertrofia de la coraza tónica y la sintomatología difusa ya descripta.

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

En Mariana, la coraza tónica intenta reforzar a la pantalla antiestímulo, y la investidura de atención hacia el mundo exterior es algo prematura y tiene características de defensa para evitar un proceso de descarga pulsional de tipo hemorrágico. Esta defensa se constituye para mantener la organización yoica, que se desarrolla simultáneamente. En Mariana hubo un fracaso parcial en el recurso a la alteración interna y también en el pasaje desde la alteración interna hasta la acción específica. Igualmente el desarrollo siguió, y con cada nueva exigencia la niña mostraba un cierto desequilibrio: la anorexia encubierta, y posteriormente el tirarse los pelos que Ajuriaguerra y Bergés clasifican dentro de los trastornos de la motricidad. Podríamos interpretar estas manifestaciones como intentos de descarga de un monto de tensión que no puede ser adecuadamente procesado. Igualmente, podemos considerar que ambas manifestaciones son intentos de provocarse una tensión –hambrienta en el primer caso, dolorosa en el segundo– como forma de poner un dique a los procesos de desinvestidura. En ese sentido ubicamos también la búsqueda de sensaciones de vértigo en la “Montaña rusa”. En este caso se destaca la tonicidad y la motricidad como el sistema prevalente utilizado a los fines de la defensa.

Estos actos procuran mantener la conciencia primaria, la conciencia de sí, la subjetividad, recurriendo a lo doloroso. Son formas de masoquismo erógeno: 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 en que queda alterada también la pulsión de autoconservación.

3. Contribuciones al estudio de las escisiones tempranas

Podemos adjudicar a la coraza tónica ya descripta un valor en el marco del desarrollo de las escisiones en el **yo real primitivo** consideradas como defensas tempranas. Por un lado evitan el vaciamiento por dolor y mantienen la economía psíquica en un principio de constancia. Impiden la caída a cero, al principio de inercia. Por otro lado, al organizarse las vivencias de satisfacción y dolor (nueva regulación económica sobre la base del principio de displacer-placer, con el desarrollo de acciones especí-



ficas), frente a la inminencia del dolor se recurre en exceso a la defensa previa, sobre todo a un refugio en un estado de no excitabilidad.

En consecuencia, libido y autoconservación operan en el nivel de un sistema funcional, y 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 de 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; los clínicos planteaban que las defensas somáticas eran bajas). Otra vía de salida se produce con el dominio de la motricidad de movimiento, a partir de los nueve meses o aún antes, que da lugar a una cierta hiperkinesia, a menudo tolerada por el ambiente familiar. La adquisición del lenguaje y su riqueza expresiva permiten el procesamiento representacional: se han constituido los sistemas inconciente y preconciente, la pulsión se liga a representaciones-palabra, pero las enfermedades (por prevalencia de la alteración interna) se mantienen. En la escuela pueden aparecer, como en Mariana, dificultades de atención, que son toleradas en el ambiente escolar y familiar. El déficit atencional revelaría una suspensión rápida y transitoria de la conciencia primaria, de origen funcional (Roitman, 1998a).

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

Una línea corresponde a la desinvestidura de la realidad hacia el yo corporal y la es-



tasis de las pulsiones de autoconservación, con las pulsiones libidinales en análisis. En estos pacientes parecieran darse procesos contrapuestos en cuanto a una regulación económica: pueden presentar una tendencia a desinvertir, por efecto del dolor, o pueden mantener un resto de tensión, sin descarga ni procesamiento psíquico. 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 sobreinvertidura defensiva de la percepción exterior, distal, que puede llevar a la sobreadaptación. Esta combinación entre recursos defensivos (alteración de la autoconservación, sobreinvertidura tónica, trastornos del dormir y sobreinvertidura 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.

Antes hemos descrito una constitución de las espacialidades intracorporales, según la cual cada espacio psíquico es fundado por proyecciones no defensivas desde otro espacio lógicamente anterior: la información de dolor y sus equivalentes (seudopulsiones) se proyectan en el terreno kinestésico-cenestésico y éste a su vez en lo táctil y sus equivalentes. A partir de allí se habilita el mundo de las percepciones distales, que recibe la significatividad (proyectiva) de las percepciones táctiles y del universo de los afectos. En Mariana la respuesta kinestésica tiene el valor de una defensa ante las vivencias de equilibrio, y luego a ello se agrega el aferramiento defensivo a la percepción visual. En Mariana 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 sobreinvertidura vía percepción, produce un desvío de la atención y un precoz recurso a la conexión con el mundo sensorial. Una parte de la libido queda en estasis, y otra se dirige al mundo exterior, estableciendo un dique en relación a la corriente anterior.

Recordemos que Freud destacaba la combinación entre desinvertidura y coninvertidura ante el dolor. La respuesta tónica opera como coninvertidura 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, Le Doux y otros (Stern, Emde, etc.) 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 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 placentero, 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, 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.

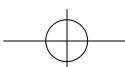
Así como la sobreinvestidura de la percepción forma parte de la defensa, también lo constituye la hipertonía, que la precede, como contrainvestidura. La creación de esta defensa tiene además su valor en el esfuerzo por conservar la tensión vital, en el marco de la luchas entre Eros y pulsión de muerte. Nos podríamos preguntar qué pasa cuando falla la relación entre el bebé y el modelo identificatorio (Roitman, 1998c). Puede ocurrir que el bebé 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) toma como ejemplo a Joyce y otros, que han desarrollado una forclusión del función paterna, y no acceden a un sustituto simbólico del Padre. Sin embargo Joyce no desarrolla una psicosis: usó su propia obra como suplente de la función simbólica. En 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 dejarlo expuesto a procesos hemorrágicos. Es entonces que puede recurrir a la creación interna de esa tensión, a partir de la tonicidad o el recurso a la motricidad.

4. 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 narcisista sin restitución psicótica o con ella, o con trastornos identificatorios de origen traumático (Roitman, 1995, 1996, 1998b, 1999b, 2001), en los que se observan alteraciones en el mantenimiento y la continuidad de los procesos representacionales, tal como ocurre en patologías psicósomáticas o en adicciones, por citar sólo algunas. Habitualmente encontramos una combinatoria de niveles: a) neuróticos, escindidos en relación a b) los más arcaicos, que corresponden a las estasis de la autoconservación y a lo propiamente narcisista.

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

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, Botella, 2003). Se han estudiado insuficientemente los procesos psíquicos correspondientes al surgimiento o no de la conciencia primaria y a la pérdida





de la subjetividad, la capacidad de reconocerse a sí mismo.

Es importante considerar que cuando se presenta una patología manifiesta con compromiso corporal, esta representa una formación nueva, que es un intento de restitución a partir de fracasos anteriores. Tal vez las “memorias corporales” (Le Doux, 1994, 1999), es decir las marcas que los traumas dejan en la economía pulsional, sobre todo en cuanto a los conflictos entre Eros y pulsión de muerte, puedan posteriormente mantener sensibles ciertos tejidos o sistemas o provocar una adicción al vértigo.

Me he preguntado acerca de la utilidad clínica de estas hipótesis. Si se tratara de un bebé, como Mariana, trabajaríamos a partir del vínculo, sosteniendo a una madre en sus esfuerzos por aliviar a su hijo, en los momentos en que la subjetividad se constituye cuando se es sentido por un otro, de un modo empático. Si se tratara de un adulto, no apelaríamos solamente a hacer concientes las fantasías inconcientes, reprimidas. Más bien tenderíamos a hacer construcciones acerca de un sentir difícil de comunicar con palabras, consideraríamos las defensas contra ese sentirse, así como las formas de reaccionar arcaicas y automáticas que permanecen agazapadas en la penumbra de la conflictiva edípica. Prestaríamos atención a los trastornos en la figurabilidad y en la pulsión de sanar y podríamos comprender que las exigencias superyoicas actuales son relictos de antiguos intentos de ligadura entre Eros y pulsión de muerte. Orientaríamos la dirección de la cura en un sentido algo diferente de lo que hacemos cuando consideramos a un paciente predominantemente neurótico. Con estos pacientes construimos estados de desvalimiento temprano (Tustin, 1990, Roitman, 1995) o agonías primitivas (Winnicott, 1963, Spitz, 1959, 1968), así como soluciones defensivas precarias ante la tendencia a abandonarse a sí mismo.

Bibliografía

Ajuriaguerra, J. de (1984), *Manual de Psiquiatría Infantil*, Barcelona, Ed. Toray-Masson.

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.

Botella, C. y S.(2003), *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires, Amorrortu editores.

Bowlby, J. (1960/61), *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1976.

Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1990), *La relación más temprana*. Barcelona, Paidós, 1993

Fain, M.(1991), “Préambule à une étude métapsychologique de la vie opératoire-



”, *Revue Française de Psychosomatique*, N°1, 1991. (Hay traducción, *Revista de Psi-coanálisis*, T. LIV, N° 2, 1997).

(1993), “Speculations méthapsychologiques hasardeuses á partir de l’étude des procédés autocalmants”, *Rev. Franç. de Psychosomatique*, 4.

Freud, S.(1900a), *La interpretación de los sueños*, en AE, vols. 4-5.

(1905d), *Tres ensayos de teoría sexual*, en AE, vol. 7.

(1911b), “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico”, en AE, vol. 12.

(1915c), “Pulsiones y destinos de pulsión”, en AE, vol. 14.

(1915d), “La represión”, en AE, vol. 14.

(1915e), “Lo inconciente”, en AE, vol. 14.

(1918b), “De la historia de una neurosis infantil”, en AE, vol. 17.

(1920g), *Más allá del principio del placer*, en AE, vol. 18.

(1923b), *El yo y el ello*, en AE, vol. 19.

(1924c), “El problema económico del masoquismo”, en AE, vol. 19.

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

(1931b), “Sobre la sexualidad femenina”, en AE, vol. 21. (1933a), *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vol. 22..

(1940a), *Esquema del psicoanálisis*, en AE, vol. 23.

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

Gorsky, (1991a), Notas de un seminario dictado por él en 1991, en el II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Primera Infancia (WAIPAD), tema: “El ambiente del desarrollo, continuando el maternaje”.

(1991b), “Behavioral assesment of the newborn” (Trabajo publicado y entregado por él en dicho Seminario).

Green, A.(1993), “Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante”, en *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995.

Kreisler, L. (1981), *La desorganización psicósomática en el niño*, Herder, 1985.

Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M.(1973), *El niño y su cuerpo*, Buenos Aires, 1977.

Lacan, J.(1964), *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral, 1974.

(1975) “Le symptôme”, *Les bloc-notes de la psychanalyse*, Ginebra, Atars, 1985.

Le Doux, J.(1994), “Emoción, memoria y cerebro”, *Revista Investigación y Ciencia*, Buenos Aires, Agosto, 1994.

(1999), *El cerebro afectivo*, de Le Doux, editorial Ariel-Planeta.

Maldavsky, D. (1992), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amo-



rrortu Editores, 1992.

(1997), *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.

(1999), *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Nueva Visión, 2000.

Mc. Dougall, J.(1991), *Teatros de la mente*, Madrid, Tecnopublicaciones, 1987.

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

(1995), "Estados anímicos primordiales: Acerca de algunas formas en que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior", *Rev. de Psicoanálisis*, vol. LII, n° 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.

(1996), "Toxicidad pulsional: Perturbaciones en el pasaje de la cantidad a la cualidad". *Revista T(r)ópicas*, año V, vols. 1 y 2. Asociación Psicoanalítica de Caracas.

(1997), "Narcisismo primario. Entramado pulsional y yoico en la infancia temprana", *Rev. de Psicoanálisis*, vol. LIII, n° 4. Asociación Psicoanalítica Argentina.

(1998a), "Sobre las alteraciones en el autoerotismo y el narcisismo en la infancia temprana", *Rev. de Psicoanálisis*, vol. LV, n° 1. Asociación Psicoanalítica Argentina.

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

(1998c), "Algunas hipótesis acerca de las protoformas de estados adictivos. Un síndrome tónico temprano", *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 11, 1998.

(1999a), "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", *Revista de Psicoanálisis*, Número Especial Internacional, 6, 1998-1999, 'Lo representable, lo irrepresentable. Enlaces, transformaciones y destinos'.

(1999b), "A constituição da subjetividade na puberdade: estase pulsional, identificações e defesas", *Revista de Psicanálise*, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Vol. VI, N° 1, Maio 1999.

(2000), "Cripta y retracción narcisista en un vínculo de pareja", *Actualidad Psicológica*, XXIV, N° 279.

(2001), "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". (Revista con referato).

(2002), "Los niveles arcaicos en una paciente con cáncer. La música, la cenestesia y la toxicidad pulsional", *Actualidad Psicológica*, XXVII, N° 298.

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

(1995) "Les autocalmants ou le destin inachevé du sadomasochisme", *Revue Française de Psychosomatique*, 8.

Stern, D. N.(1985), *El mundo interpersonal del infante*. Paidós, Buenos Aires, 1991.



Szwec, G.(1993), "Les procédés autocalmants pour la recherche répétitive de l'excitation", *Rev. Franç. de Psychosomatique*, 4.
(1995), "Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants", *Revue Française de Psychosomatique*, 8.

Tustin, F. (1990), *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.

Waddington, C. H.(1957), *The strategy of the genes*, Londres, Allen and Unwin.

Winnicott, D. (1963), "Miedo al derrumbe", en *Exploraciones psicoanalíticas*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

Recibido: 20 de enero de 2004
Versión Final: 9 de agosto de 2004