

Anorexia infantil y desvalimiento temprano

Eduardo M. Romano

Las consecuencias de la privación emocional temprana han sido estudiadas por distintos autores. Las investigaciones de Spitz sobre hospitalismo y depresión anaclítica, marcaron un rumbo importante en la investigación que continuaron entre otros, M. Mahler, F. Tustin y Piera Aulagnier.

Estas teorías parten del supuesto de un estado inicial de no integración y subrayan el papel de la madre como yo-auxiliar. Es a partir de esta diada inicial como se va diferenciando el yo primitivo del bebé, a través de los cuidados y estímulos que la madre prodiga.

Estos contactos tempranos exigen empatía y capacidad de reverie, para poder captar y responder a las necesidades que el bebé expresa a través de su cuerpo, sus movimientos, su llanto o balbuceo.

El hospitalismo es el caso extremo de privación emocional y corresponde a la falta absoluta de cuidados maternos, determinados por una temprana separación de la madre.

Los trastornos que provoca la carencia de cuidados maternos, toman distinto alcance, de acuerdo al momento en que ocurre la separación madre-hijo y según el tiempo en que se prolongue.

Spitz observó que los bebés separados antes de los seis u ocho meses de edad de sus madres, por períodos mayores a los tres meses, comenzaban a rechazar la comida, perdían peso y su desarrollo se estancaba.

Al cabo de un tiempo, dejaban de llorar, y permanecían acostados e inmóviles en sus camas con el rostro rígido e inexpresivo.

Existe una entidad clínica pediátrica, cada vez más frecuente en estos tiempos en la consulta, que se denomina "Failure to thrive" o

Síndrome de falta de crecimiento. Descriptivamente, se trata de un cuadro similar al hospitalismo en cuanto a sus síntomas, pero opuesto en cuanto a su etiología.

El hospitalismo está determinado por la separación del niño de su mamá, al ser internado y puede revertir si se restituye el vínculo entre ambos.

El Failure to Thrive aparece en el ámbito familiar, en niños cuidados por sus madres. Estos niños mejoran al ser internados y separados de ellas parcialmente.

En estos casos (a los que desde el Psicoanálisis podemos acercarnos a partir de los conceptos de estasis pulsional y vincularidad tóxica), es la cercanía de la madre lo que parece enfermar al hijo.

Una madre sin capacidad de reverie, cuyos acercamientos al bebé son ambivalentes y cargados de hostilidad, que crea, aunque esté físicamente presente, una privación emocional.

Este cuadro se caracteriza por una detención en el crecimiento y en el aumento de peso, sin causa orgánica que lo justifique, en bebés menores de un año, criados en su medio familiar por sus madres.

Estos niños responden con una rapidez sorprendente al ser internados y al recibir cuidados maternos sustitutos. Fallas en la diada inicial, por lo tanto, fallas en las inscripciones primeras del aparato psíquico en formación.

Piera Aulagnier afirma que las palabras y los actos de la madre siempre se anticipan a lo que el bebé puede percibir o comprender de ellos. La madre derrama flujos de sentido. Precisamente, los pictogramas representan los múltiples encuentros madre-bebé, y son el entramado de base del aparato psíquico.

Una condición para que se inscriban pictogramas, es que proporcionen una ganancia de placer. El gasto de trabajo que suponen, significa que debe estar asegurado un "plus de placer", que debe ser vivenciado tanto por la madre como por el bebé.

Ahora bien, podemos preguntarnos qué sucede con aquellas huellas que acompañan experiencias de displacer (que son las que predominan en los niños inmersos en una vincularidad tóxica).

En este nivel elemental, el displacer se va a presentar en términos de ausencia, defecto o exceso, no del objeto sino de la zona misma. Esto dará lugar a un desgarramiento violento y recíproco que se va a perpetuar entre la zona erógena y el objeto que la complementa.

El rechazo del objeto, su desinvertidura, va a implicar el rechazo y la desinvertidura de la propia erogeneidad.

Esto explica la característica autodestructiva de toda carencia emocional temprana.

En estos cuadros, si el bebé sobrevivió al trauma, cobran relevancia estos pictogramas primarios de displacer que quedarán enquistados como potencialidades traumáticas que retornan.

Debemos decir, que la capacidad para transformar a la pulsión en cualidad afectiva, tiene como requisito la capacidad de reverie y la empatía maternas.

Es decir, el bebé introyecta la empatía materna y sólo así puede cumplir el trabajo psíquico de transformar la pulsión.

En estos cuadros, en lugar de la proyección normal que genera las zonas erógenas y la sensorialidad, nos encontramos con un estancamiento de la libido. La tensión excitante, de origen pulsional, se resuelve en un circuito cerrado. El niño ingresa a un estado gradual de aislamiento e introversión, en el que se invisten (negativamente) determinados órganos.

Los vínculos afectivos con los otros pasan a expresarse básicamente a través de intercambios y desenlaces corporales.

En este trabajo de lo negativo, queda cada vez menos espacio para la sensorialidad y el sentir.

Introducción al Historial Clínico

Melina, de 9 años de edad, es trasladada de urgencia desde una ciudad del interior para ser internada en una institución hospitalaria, por presentar un cuadro de anorexia con desnutrición severa, que la había colocado al borde de la muerte.

Al momento de su internación, presentaba una marcada fluctuación de su estado emocional, donde alternaban estados de abulia, hipomotilidad e hipersomnias, con momentos de conexión en los que se expresaba con un lenguaje rico y fluido.

Según refería la madre, Melina pasaba la mayor parte del día durmiendo, o bien recostada en la cama, manifestando angustia y una profunda tristeza sin causa aparente.

Había sido alimentada casi exclusivamente por sonda hasta los cinco años de edad, y en general rechazaba la ingesta de los alimentos.

Desde muy pequeña padece vómitos, náuseas, neumonías y episodios febriles que llevaban a descompensaciones clínicas, con complicaciones cardíacas, que requerían internaciones periódicas en diversos hospitales.

En cuanto a su historia evolutiva, el embarazo fue no buscado y presentó grandes complicaciones. El parto prematuro, a los cinco meses de gestación. Nació con 540 gramos y permaneció cinco meses en incubadora, siendo alimentada por sonda y recibiendo transfusiones periódicas.

Hasta los siete meses no podía sostener la cabeza. Hasta el año y medio no podía sentarse sola.

Las primeras palabras las pronunció a los tres años. Hacia los cinco desarrolló precariamente el lenguaje expresivo. No expresó imitación diferida ni juego simbólico hasta los cuatro.

El control de esfínteres lo logró a los cinco años.

Con respecto a la escolaridad asistía a segundo grado de una escuela especial.

El grupo familiar lo conformaba la madre, de 40 años, empleada y una hermana de 18 años.

Podríamos dividir el tratamiento en distintos momentos:

Las sesiones iniciales, donde Melina permanecía en su cama, en estado de repliegue y letargo cada vez mas pronunciado que la llevaba a dormirse.

Se mostraba con la mirada perdida, apática, sin ninguna intención de establecer comunicación. Entrecerraba los ojos para dormirse. Un desgano y una tristeza profunda parecían invadirla y lentamente caía en un estado de sopor.

En un segundo período, decidí incluirme durante las comidas. Por lo general, se negaba a ingerir alimentos pues decía no tener hambre.

En una ocasión pude observar cómo una enfermera, con quien había entablado un vínculo de cariñosa empatía, le daba de comer, cortándole la carne y ofreciéndole los bocados mientras no dejaba de mirarla y hablarle suave y cariñosamente.

Melina fijaba la mirada en este rostro y aceptaba la comida.

Esta experiencia de fijarse en un rostro, sintiéndose totalizada e investida por él, y al mismo tiempo, el poder encontrarse reflejada en la mirada de un otro, constituían experiencias narcisistas y totalizantes que no habían tenido lugar en su relación con la madre. El vínculo con la enfermera parecía poder sustraerla del orden autoconservativo en el que la colocaba la madre y abría una posibilidad de investimentos libidinales.

Es decir, la ingesta de la comida comenzaba a darse en el marco de un vínculo empático con el otro.

Cada bocado era sostenido por una mirada y un baño de palabras que hacían de envolturas psíquicas.

En una ocasión, la madre ingresó abruptamente en la habitación, y Melina dejó de comer al instante, cayendo en un estado de sopor.

La madre, sin mirarla, le preguntó a la enfermera: "Comió el bife? A ver..."(mirando el plato y lo que había quedado de la comida). "Bueno, habrá comido 50 gramos, lo voy a anotar".

Es decir, aquello que empezaba a inscribirse como cualidad (placer de ser alimentada/amada por un otro) era inmediatamente descualificado por esta madre y transformado en número (50 gramos).

Con el correr de los días, Melina comenzó a mostrar interés por un muñeco al que daba cuerda observando los movimientos que describía para luego imitarlos.

El ser mirada y la imitación de los movimientos de la cabeza del muñeco, remitían a la problemática del rostro y su articulación en la constitución del propio esquema corporal.

Recién en un tercer momento pudo comenzar a desplegar un jugar simbólico, que giraba en torno a "preparar comidas" cortando trozos de plastilina y "comiéndolos" conmigo.

Así fueron apareciendo referencias a la sonda. Melina me decía que se había acostumbrado a tenerla y que cada tres días había que limpiarla. Comentaba que la mamá y ella misma habían aprendido a lavarla y que ella sólo se daba cuenta que la tenía colocada cuando le pasaban la comida o los remedios "porque sentía como un frío muy fuerte en la nariz" que después le "bajaba a la panza".

Por esa época, fue incorporando un juego en las sesiones que consistía en "preparar helados de distintos gustos y luego comerlos".

La ingesta de alimentos por boca, fue haciéndose más regular. Fueron desapareciendo las náuseas y vómitos y la mejoría clínica se hizo sostenida, al punto que comenzamos a elaborar el retiro de la sonda.

Los helados, la alusión al "frío" que sentía cuando le colocaban el suero a través de la sonda, remiten al núcleo frío, al vacío en torno al cual se organizan precariamente estos pacientes.

En cuanto a la madre, mostraba una marcada ambivalencia con la hija, oscilando entre una presencia excesiva y un desapego profundo.

Sorprendida por un embarazo que no esperaba y que vino "fuera de lugar". Pensaron que había nacido muerta, nunca tomó pecho ni mamadera.

Alimentada desde siempre por lo que sería con el tiempo su único objeto estable y predecible: la sonda.

En los primeros años de vida se sucedían las transfusiones de sangre, día por medio.

La oralidad y el tracto digestivo nunca fueron investidos, es decir, no tenían estatuto psíquico. En su lugar, la sonda y las transfusiones.

Esto arrastró consigo todos los fundamentos que hacen a la constitución de un cuerpo erógeno, y las envolturas psíquicas basadas en el sostén materno.

No hubo respuesta de la sonrisa, ni se construyó el objeto, ni lo transicional como tal.

Recién hacia los tres años, se verificó el juego de aparecer y desaparecer.

El juego simbólico recién comenzó a desarrollarse a los cinco años.

El déficit a nivel motor (permanecía sentada hasta los tres años, no podía sostener su cuerpo, caminaba aferrándose a la madre), marcaban una particular vivencia del cuerpo y del espacio como encerrados en sí mismos, sin posibilidad de despliegue físico ni psíquico.

Pero también sin posibilidad de desplegar la agresión hacia el exterior, a través del aparato muscular.

No había acción específica propia posible más que a través de la madre.

Revisando este historial clínico, uno estaría tentado a preguntarse como es que el cuadro no derivó en un autismo secundario o psicosis.

El concepto de series complementarias es útil para ubicar la construcción de esta historia y su despliegue.

Considero que las distintas instituciones hospitalitarias, el personal médico y de enfermería que la asistían casi de continuo, las múltiples internaciones que la aislaban de un ambiente familiar patógeno, constituyeron las apoyaturas reales y compensatorias de las vivencias de vacío, dolor y desapego que se daban en la diada con la madre.

De algún modo, el otro y su potencialidad de narcisización se hicieron presentes, aunque en forma intermitente y discontinua .

De todos modos, la corriente psíquica que respondía a la represión, estaba en esta niña muy expuesta al desarrollo de modalidades sobreadaptadas o bien de "falso Self" (Winnicott).

El desarrollo del pensamiento y lenguaje simbólico, tiene sus fundamentos en la temprana relación con la madre.

Spitz, al estudiar el "tercer organizador" (el No), demuestra la importancia de la cavidad oral y su investidura en la génesis del pensamiento.

No es de extrañar que en el caso de Melina, las primeras palabras las pronunciara recién a los tres años y sólo a los cinco años constituyera un lenguaje verbal expresivo (previamente se hacía entender a través de los gestos).

La génesis de la palabra guarda una estrecha vinculación con la posibilidad de habitar un cuerpo, hecho que a su vez está en relación con la problemática del rostro y la mirada (S. Ali).

Con respecto al jugar, la imitación diferida y el juego simbólico, recién se desplegaron a los cuatro años.

A los tres años jugaba a esconderse y aparecer detrás de la mesa. Ningún juguete o actividad parecía llamarle la atención. Pasaba horas frente al televisor. Estos son indicios a partir de los cuales podemos reconstruir las condiciones de estructuración del aparato psíquico de esta niña.

La sonda nasogástrica y el complejo de la madre muerta

Como vemos, se trataba de un retraso general en todas las funciones que hacen a la constitución del clivaje inconsciente/preconsciente y la consiguiente aparición de los procesos secundarios.

Un inconsciente no presente desde los orígenes, sino fundado en una diada fallida, por depresión y ambivalencia materna por un lado y por la existencia de condiciones extremas en lo Real, que hicieron oscilar desde el inicio la vida de esta niña en la cornisa de la muerte. Es decir, en este caso, lo traumático se constituyó tanto en lo Real como en lo Imaginario. Un inconsciente originario caracterizado por fallas y fracturas en las inscripciones primarias, tanto a nivel de los pictogramas como a nivel de las huellas mnémicas.

Estas impresiones primeras que forman las huellas mnémicas en relación con los cuidados sexualizantes de la madre, aportan trazos y marcas cenestésicas, olfativas, táctiles, y forman los primeros continentes, las primeras envolturas en términos de huellas, sólo si la totalidad de la experiencia transcurre en un contexto de empatía y decodificación coherente, consistente, y predecible.

En este caso, las características inconsistentes, impredecibles y ambivalentes del vínculo con la madre afectaron todos los momentos críticos en el desarrollo del aparato psíquico.

Esta madre, absorbida en su propia depresión, no podía sostener, manipular ni presentar objetos en el sentido de Winnicott; como fue posible observarlo en el período de internación hospitalaria, actuaba en forma mecánica y rutinaria con la hija.

Intentaba satisfacer la autoconservación (calcular y anotar los gramos que había comido) pero no había lugar para despertar la erogeneidad y el placer.

Es decir, no había una prima de placer asegurada (placer por investir, placer por representar en el sentido de Piera Aulagnier) con lo cual quedaba seriamente comprometida toda posibilidad de estructuración del aparato.

Se trataba de un retraso generalizado de todas las funciones que hacen a los procesos secundarios. Estas a su vez, se correspondían con

fallas severas en la inscripción y circulación de los procesos originario y primario.

La madre debe poder conectarse empáticamente con su bebé para transformar aquello destinado a la descarga refleja en índices con el fin de propiciar las primeras decodificaciones y ligaduras.

Es decir, favorecer vías de facilitación primarias. Si estas descargas que realiza el bebé, pasan inadvertidas para la madre, o bien si ésta no es capaz de transformarlas en índices para decodificar y aliviar la tensión y procurar placer, se fractura la díada y se empieza a bombear en el vacío, sentándose las bases para la génesis de procesos tóxicos.

El concepto de pictograma o signo perceptivo/huella mnémica, son herramientas conceptuales para comprender como el bebé registra estos encuentros primordiales.

Si algo falla en estos encuentros, la cualidad de la experiencia será el displacer y la representación pictográfica será de autoagresión.

Retomando el historial clínico, destaquemos la falta de investidura del circuito oral.

Es decir, la negativización de lo oral, en tanto potencialidad erógena y posibilidad de apertura y proyección sensorial.

Recordemos que Freud atribuye a la fase oral la aparición de los primeros juicios en acto, propios del yo placer, que son los juicios de atribución.

En el contexto del narcisismo primario, lo bueno o lo útil es incorporado dentro de sí.

Lo malo o perjudicial es expulsado y sienta las bases de la génesis de la relación de objeto.

La alimentación casi exclusiva por sonda hasta los cinco años, la esporádica ingesta de alimentos por boca, que luego vomitaba, la ausencia de conductas autoeróticas, dan cuenta en este caso de la eficacia de otro tipo de lógica, mucho más elemental que la oral, una lógica de las arterias y las venas que ha sido denominada "lógica de las cañerías" (Maldavsky D.)

y corresponde a un tipo de erogeneidad que no es la de la periferia corporal sino la de los órganos internos, sobre todo investidos a partir del dolor, tal como Freud lo describe en el Proyecto...

Con respecto a esta madre, ambivalente, contradictoria, que paseaba toda vestida de negro por los pasillos del hospital, con expresión perdida, cabe retomar los desarrollos de A.Green, acerca del "Complejo de la madre muerta".

Se trata de una madre viva pero psíquica y emocionalmente muerta para el bebé.

Esto nos introduce en la clínica de los estados de vacío o clínica de lo negativo.

Es decir, desinvestiduras, fallas en las inscripciones primarias que dejan agujeros psíquicos.

Esta pérdida y depresión en el bebé se produce en presencia del objeto que a su vez está absorbido por una profunda depresión.

La madre deja de investir al hijo y esto determina un vacío psíquico. Este vacío puede ser compensado posteriormente con identificaciones miméticas que buscan apropiarse de los rasgos superficiales del objeto, tal como Melina hacía con los movimientos de un objeto inanimado.

Green señala que la caída de la madre como objeto libidinal y narcisizante, implica una pérdida de sentido o siguiendo a Winnicott, una pérdida de la unidad psique-soma, que puede conducir al sentimiento de una caída sin fin, a un temido derrumbe psíquico.

Esta madre muerta, en realidad, nunca termina de morir, porque se la intenta resucitar día a día. Estado de vacío o núcleo frío no simbolizable ni procesable psíquicamente.

El paciente se identifica primariamente no con la madre y sus cuidados, sino con este vacío donde el objeto es mantenido en frío.

Entonces se producen inscripciones sobre el trasfondo de la ausencia y lo negativo.

Las fallas de la diada maternante, fallas en la narcisización, generan vacíos, agujereamientos en la trama representacional y afectiva.

Estas huellas de lo negativo, o pictogramas de displacer, tienen un potencial traumático. Es decir están destinados a un repetir compulsivo que ataca desde el interior del aparato psíquico.

Son huellas inelaborables que no pueden ser ligadas y quedan desprovistas de todo estatuto significante.

En los hospitales, separada de su madre, Melina lograba transitorias mejorías para volver a empeorar al restablecerse el vínculo tóxico e intoxicante con la madre.

Lo peculiar de esta toxicidad, estaba dado en la imposibilidad de construir una erogeneidad corporal y proyectarse en una historia singular.

La sonda nasogástrica mediaba la única y precaria conexión amorosa con un otro.

La sensación de frío que sentía Melina con el pasaje del líquido, había sido secundariamente erotizada.

Este objeto de transporte inanimado, continente de un contenido frío, hacía de nexo entre una parte del cuerpo perforada-excitada (la nariz y el tracto digestivo) y un otro complementario (los médicos y enfermeras que regularmente activaban y limpiaban el dispositivo mecánico).

Por largos períodos, la investidura del medio exterior era muy pobre. Melina pasaba casi todo el día durmiendo o bien recostada en estado de sopor y letargo.

En esta niña, el letargo expresaba el fracaso de la posibilidad de investir el mundo sensorial y sentir emociones.

Es decir, la proyección sensorial y el afecto, dos modos básicos de transformación de la pulsión, estaban bloqueados.

Quedaba librada a la acción repetitiva de remanentes excitatorios a los que no podía dar otra resolución psíquica que el letargo y la introversión.

El registro de la desestimación errante

Retomando la temática de las inscripciones sobre el trasfondo de lo negativo y el vacío, los pictogramas de displacer y desgarramiento entre la zona y el objeto indisolubles, quisiera introducir el concepto que he denominado "desestimaciones errantes".

La clínica de estos casos muestra que los agujereamientos y el vacío afectivo y representacional, no se dan uniformemente como así tampoco la llamada "incapacidad para sentir sentimientos".

La niña había desarrollado un lenguaje simbólico tanto en comprensión como en expresión.

El dolor y la depresión, si bien ocupaban el centro de la escena, eran acompañados por otros desarrollos afectivos, que estaban presentes.

La trama de representaciones-cosa había podido formarse, aunque sobre inscripciones a veces plenas, y por lo general fallidas.

Esto nos alerta acerca del empleo absolutista de los modelos del aparato psíquico que implementamos. Se trata, como siempre lo subrayó Freud, de elementos auxiliares para facilitar nuestros abordajes. De hecho estos pacientes aquejados de procesos tóxicos, pueden sentir una gama variable de afectos. También es cierto que los agujeros afectivos y representacionales no ocupan toda la trama.

De algún modo, en ellos hubo un lugar para la erogeneidad y la proyección sensorial, aunque discontinuas, fracturadas, mínimas.

La madre muerta dejó ciertos resquicios sexualizantes.

La noción de desestimaciones errantes apunta precisamente a dar cuenta de algo que en la clínica no se presenta como absoluta "no inscripción" o "incapacidad para sentir sentimientos" o "madre psíquicamente muerta".

"Desestimación errante" apunta a dar cuenta del circuito pulsional que podemos conceptualizar en estos pacientes privados emocionalmente.

Es la madre quien desestima aquello que en el bebé podría llegar a constituirse como grito-gesto espontáneo, pictograma-huella mnémica. La historia desgarradora de un otro que no decodifica ni alivia las tensiones abrumadoras genera un deseo de no deseo.

Estos niños comienzan a balbucear el silencio y el vacío, en un viaje sin retorno libidinal.

El vacío en estos pacientes es producto de activas desestimaciones circulantes que comprometen a la erogeneidad corporal en tanto fuente y el registro de los engramas.

El concepto de pictograma desarrollado por Piera Aulagnier involucra la traducción primera a un código vivencial e intransferible mas acá de lo simbólico.

La desestimación (intersubjetiva en principio y luego intrapsíquica) ejercida por una madre sin capacidad de reverie, compromete a la totalidad del circuito pulsional.

En suma, aquello que debía constituirse como pictograma a partir de encuentros reiterados, baño de palabras, reflejo táctil y sonoro, deja su lugar a improntas definidas por su condición de vacío, y que resultan del efecto de tempranas desestimaciones del objeto materno, introyectadas y reconstituidas bajo la forma de desestimaciones errantes. Del lado de la inscripción errática, escritura del pictograma y la huella mnémica, a medias inscriptas con un trazo lábil e intermitente. Ciertas condiciones de estructura que hacen a la totalidad de la vivencia, han escapado de toda posibilidad inscriptora.

Otros fragmentos de lo que hubiera debido ser una huella mnémica o pictograma, quedaron maltrechos, pero eficaces y entraron en enlaces (asociaciones de pictogramas maltrechos) para establecer representaciones de encuentros/des-encuentros con un otro.

En estas condiciones, podemos postular la existencia de vivencias de placer inscriptas como huellas.

Pero por su estatuto lábil, errático, no totalizante, su reinvestidura nunca es segura, ni para la satisfacción alucinatoria ni como modelo de placer estructurante.

Se trata de inscripciones-huellas pobremente fijadas por la libido, rastros táctiles, cenestésicos, olfatorios, imposibles de ligar y que fluctúan a la deriva en el aparato psíquico en formación.

No están destinados al enigma (porque no aseguran ningún plus de placer), sino al desconcierto compulsivo.

La huella mnémica presenta agujereamientos, impasses, rupturas en su misma estructura.

Estos vacíos involucran un activo proceso de falta de empatía y decodificación, que en estos momentos primeros, tiene el efecto de desestimaciones en la diada.

Desde el punto de vista de la meta pulsional, aquellas excitaciones destinadas a la apertura erógena y sensorial, quedan relegadas en introversiones disolventes (trastorno hacia lo contrario/reversión sobre la persona propia) con el privilegio de la vivencia de dolor.

Con esto se desestiman potenciales recorridos de la pulsión, estereotipando otros.

Las metas de pulsión se tornan errantes, inseguras, poco precisas en la trama de un deseo fatigosamente instituido como tal.

A estas fracturas en la inscripción y en la meta, se agregan agujereamientos en la erogeneidad corporal (por negativización) que se traducen en intermitentes envolturas psíquicas y escotomas en la constitución del objeto de la pulsión, lográndose sólo espurias satisfacciones.

Objeto que no termina de darse por perdido, y que por lo tanto no se constituye a partir de su ausencia. Objeto que en su presencia remite a ausencias y que en presencia, está ausente.

La condición de desestimación errante del circuito pulsional de estos pacientes, se completa con el serio compromiso en su empuje pulsional, es decir su despliegue en circuito cerrado, vuelto estasis y toxicidad.

Podemos afirmar que Melina sobrevivió a las muertes (psíquica y clínica) en la medida en que lo autoconservativo pudo ser incluido de algún modo en pautas sexualizantes a través de figuras sustitutas (médicos, enfermeras, instituciones hospitalarias).

El terreno autoconservativo-biologista, al que quería retrotraerla la madre, y eventualmente, cierto discurso médico, no fue el que prevaleció.

No se trataba de un orden endogenista que había que recuperar a través de la opción de un remedio milagroso, sino de la posibilidad de instituir un deseo, en un mas allá de lo destinado a la repetición.

Puntuamos una diada inicial caracterizada por: satisfacción de la necesidad, prima de placer, vías de facilitación, vivencias de placer, cuidados sexualizantes, pictogramas de placer/displacer.

Esto implica en estos momentos primordiales de estructuración que lo intrapsíquico es impensable sino en el marco de lo intersubjetivo. En este sentido, la estasis pulsional, corresponde a una vincularidad tóxica que le da sentido.

Trauma y destinos de pulsión se corresponden a una trama y destino con el otro.

Las características de este yo inicial y su modalidad endógena de resolución de tensiones, así como una gradual discriminación interno/externo, no se dan en el vacío ni en el supuesto teórico de un endogenismo biologista que se despliega (al estilo de la Ego Psychology y ciertas teorías actuales que la remedan) sino en la intersubjetividad sexualizante, en el campo del Otro, territorios del deseo y de investiduras significantes-narcisizantes.

En estos momentos primeros de estructuración del aparato psíquico, la vincularidad tóxica vuelve eficaz tanto el deseo de no deseo, como el llamado a un silencio anterior (Piera Aulagnier).

En estos cuadros caracterizados por desvalimiento temprano, la pulsión de muerte deja de ser un supuesto teórico y pasa a encarnarse delante nuestro.

El sopor, el letargo, la tristeza sin fin, síntomas somáticos variados, pueden ser sus cambiantes rostros. Aditamentos de un vacío letal al que están adheridos estos pacientes.

Los encuentros iniciales se multiplican en un sin fin de variables incognoscibles, pero que soportan la certeza del dolor, el pánico y el derrumbe inminentes.

La proyección sensorial y la apertura erógena del cuerpo se tornan imposibles.

La proyección desestimada se prolonga en un tipo de introyección que bombea en el vacío.

Esto genera un estado de desgarramiento violento que se despliega en los esbozos del cuerpo y del objeto indiferenciados, sentando las bases del mecanismo que he descrito como "desestimación errante" que compromete a la totalidad del circuito pulsional.

Excepto el marasmo, el estado puro de no deseo no existe como tal en la clínica. De modo que creo oportuno subrayar su carácter errante y borrador de rastros que pudieron haberse constituido en huellas mnémicas consistentes.

Desestimación errante involucra el acto psíquico de destruir la zona involucrada al objeto adherido, ambos odiados y desestimados en un único y mismo movimiento.

En estos niños, sobrevivir al trauma originario, implica perpetuar la eficacia de improntas atacantes/desgarrantes.

Supervivencia paradójica que prolonga un trauma siempre presente, donde el dolor arrasa una y otra vez lo precariamente inscripto y lo débilmente cualificado como afecto.

Reversión sobre sí y trastorno hacia lo contrario, pautan aquello que en lo manifiesto se traduce como la autodestrucción patognomónica de los cuadros con privación emocional y sintomatología anoréxica.

Ambos mecanismos se hallan inmersos en la claudicación general de la pulsión y su circuito, inmersa en desestimaciones errantes.

Magia tenebrosa que da cuenta de la inconsistencia de lo inscripto y lo sentido.

Desestimación errante, implica que estos pacientes con desvalimiento temprano, están expuestos a encuentros desgarradores con la falta en los que quedan aterrados, anonadados.

Este anonadamiento guarda estrecha relación con la percepción del derrumbe (D. Winnicott) o el terror sin nombre (W. Bion), a los que podría conceptualizarse como la vivencia que estos niños tienen de estar siendo engullidos por la Cosa (Das Ding), terrorífica y fascinante. Entonces, el lugar del deseo de "tener que desear" y "tener que representar", es obturado por un goce acechante y autodesgarrador tanto destino de pulsión como modalidad intersubjetiva.

Resumen

En este artículo se estudian las consecuencias de la privación emocional temprana, tomándose como base el historial clínico de una niña de 9 años de edad que transcurrió la mayor parte de su vida internada en diversas instituciones hospitalarias, siendo alimentada casi exclusivamente a través de una sonda nasogástrica.

Se analizan las diferencias entre el "Síndrome de falta de crecimiento" y el "hospitalismo" descrito por Spitz. En este historial las características impredecibles inconsistentes y ambivalentes del vínculo con la madre afectaron los momentos críticos del desarrollo y se tradujeron en fallas severas en la inscripción y circulación de los procesos primario y originario.

Se retoma el concepto de Green sobre el "Complejo de la madre muerta", aquélla que sumida en un estado de profunda depresión deja de investir a su hijo, hecho que condiciona las características de un vacío psíquico. Se producen entonces, inscripciones sobre el trasfondo de la ausencia y lo negativo.

Finalmente el autor introduce el concepto de "desestimación errante" para dar cuenta de las características que asumen las inscripciones y los desarrollos afectivos en estos cuadros. Es la madre quien desestima en la diada aquello que en el bebé podría llegar a constituirse como grito-gesto espontáneo.

La desestimación (intersubjetiva en principio y luego intrapsíquica) ejercida por una madre sin capacidad de reverie, compromete a la totalidad del circuito pulsional.

Aquello que debía constituirse como pictograma a partir de encuentros reiterados, deja su lugar a improntas definidas por su condición de vacío.

Summary

In this article are studied the consequences of the early emotional privation being taken as base the case of a nine years old girl, who spent most of her life confined in various hospital institution, being fed almost exclusively through a probe "nasogástrica". They are analysed the differences between failure to thrive and Spitz "hospitalismus". In this case the unpredictable, inconsistent features of the mother holding, affected the critical moments of the development and produce serious damage in the inscription of the primary processes.

It is recaptured the "dead mother complex" of A. Green. Because she was deeply depressed, she was unable to invest her daughter. It is produce then, registration with the characteristics of absence and negativism.

Résumé

Dans cet article on present le cas d'une petite fille de 9 ans avec un cadre d'anorexie qui a parcouru la plupart du temps hospitalisée dans des institutions alimentaires avec une sonde nasogastrique.

On analyse les différences entre hospitalisme et failure to thrive en fonction de la manque d'inscription de la sexualité orale.

Les développements du A. Green autour ou Complex de la Mère Mort on peut faire une compensation à travers du matériel clinique, avec des trous de la représentation primaire.

L'auteur introduit le concept de desestimation qui vague pour l'apparat psychique des enfants qui present un abandon affective primaire.

Bibliografía

-
- *Aulagnier, P. (1991) La Violencia de la Interpretación, Amorrortu Ed., Bs As.*
- *Bleichmar, S. (1993) La Fundación de lo Inconsciente, Amorrortu Ed., Bs. As.*
- *Green, A. (1990) Narcisismo de Vida, Narcismo de Muerte, Amorrortu Ed., Bs. As.*
- *Harari, R. (1993) El Seminario "La Angustia" de Lacan: una introducción, Amorrortu Ed., Bs. As.*
- *Kreisler, L.; Fain M.; Soule, M. (1990) El niño y su Cuerpo, Amorrortu Ed., Bs. As.*
- *Maldavsky, D. (1992) Teoría y Técnica de los Procesos Tóxicos, Amorrortu Ed. Bs. As.*
- *Sami-Ali (1990) El Cuerpo, el Espacio y el Tiempo, Amorrortu Ed., Bs. As.*
--(1977) *Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario, Paidós, Bs. As.*
--(1980) *Le Banal, Gallimard, Paris.*
- *Spitz, R. (1961) El Primer año de vida del niño, Aguilar, Madrid.*
- *Winnicott, D. (1971) Realidad y Juego, Gedisa, Bs. As.*