

**DE LAS INTRUSIONES CORPORALES AL ENCUENTRO CON UN NIÑO.
REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS Jorge Cantis Presentado en el VI Congreso
FLAPPSIP 19, 20 y 21 de Mayo 2011, Buenos Aires, Argentina**

Introducción:

La clínica de niños con patologías neurológicas tempranas nos enfrenta a una serie de complejidades vinculadas con el cuerpo en las etapas más tempranas y sus efectos en la constitución del psiquismo.

En estas problemáticas encontramos a los bebés de peso sumamente bajo y de edad gestacional muy baja y que tienen mayor riesgo de desarrollar patologías cerebrales de naturaleza hemorrágica y/o isquémica.

Los bebés prematuros y recién nacidos de alto riesgo neuro-psíquico-social por lo general sufren problemas respiratorios (anoxia) y la asistencia a estos bebés reviste por ende problemáticas complejas por la invasividad de las terapias que deben aplicarse: la llamada isla neonatal (incubadora, un número de tomas eléctricas, fuentes de aire de oxígeno y aspiración, ménsulas y otros instrumentos técnicos.) (Marcelli 2000)

Toda esta situación genera una gran intrusión al yo del bebé en formación.

Cómo retornan en estos niños sometidos a fuertes intrusiones médicas las escenas vividas tan tempranamente en sus cuerpos desvalidos, qué pasa con el dolor y con el sufrimiento psíquico.

Desarrollo del trabajo:

Freud (1895) se refiere al dolor como una pseudopulsión. El dolor corporal se origina en un estímulo intenso que atraviesa la barrera antiestímulo y actúa en forma continuada.

Desde la zona lesionada fluyen excitaciones similares a las que provienen del interior del aparato psíquico. Desde allí el nombre de pseudopulsión.

El dolor actúa como una señal de alarma para hallar el cese de su causa en tanto la pulsión busca como meta la satisfacción. Frente a la pulsión, el yo puede oponer la represión; en cambio, frente al dolor, queda impotente.

Además es importante distinguir el dolor físico de la vivencia de dolor y del dolor psíquico.

El dolor físico es entendido por Freud en términos estrictamente cuantitativos. Grandes magnitudes de excitación irrumpen en el aparato psíquico. La magnitud irrupiente es

proporcional, por un lado, al estado de investidura del sistema perceptual y por otro lado, al estado de investidura del sistema representacional. El dolor físico vacía psíquicamente. En el dolor no hay cualidad, existe el drenaje libidinal como hemorragia (es más pasiva).

En la vivencia de dolor encontramos una tensión irrumiente soportable, no aniquilante para la conciencia; es soportable (es más activa).

En la vivencia de dolor encontramos una serie de proyecciones intracorporales desde la cenestesia, la kinestesia, lo táctil. Son como proyecciones intracorporales que van habilitando distintos sectores de la especialidad intracorporal. Y cuando hay un dolor intenso este proceso intraproyectivo no se realiza, sino al revés se desarman estas especialidades corporales. Y cuando hay dolor algo pasa con la cenestesia y la kinestesia, por ej. un gran debilitamiento muscular que se registra físicamente e incluso desde el punto de vista cinestésico puede haber una vivencia de huesos derretidos o desechos, o sea son efectos de un fracaso en la proyección funcional intracorporal.

La vivencia de dolor puede surgir ante la hipertrofia de la tensión de necesidad (contrainvestidura)

En el dolor psíquico encontramos un sufrimiento derivado del arrasamiento de la tensión vital apareciendo un significativo estado de desvitalización anímica con fuerte apatía y sopor.

Caso clínico:

Manuel nació a los 6 meses como prematuro extremo.

La madre en la primer entrevista consulta a los 8 años del niño y comenta: “la única que se dio cuenta fui yo antes del embarazo, antes del nacimiento estaba muy angustiada, el bebé se movía mucho” “Era una transfusión feto-madre” “El me mandaba la sangre a mi, igual se estaba muriendo (había incompatibilidad sanguínea), no me daban chance de vida, solo el 30% de vida” “Estuvo internado en terapia neonatal infantil por 82 días fue diagnosticado con una parálisis cerebral”. Todo esto implica para los padres procesos de desinvestidura y de reinvestidura en un ataque de angustia y de dolor furioso e impotente.

El niño presenta una encefalopatía crónica no evolutiva con secuelas del lenguaje (dispraxia con alteraciones fonológicas y compromiso mixto del lenguaje tanto en las áreas comprensivas como en las expresivas), secuelas motoras (necesita de un andador para trasladarse y puede mantenerse un rato parado siempre sosteniéndose) y secuelas emocionales y psicopatológicas (conductas disruptivas con tendencia a la auto y heteroagresión que afecta la vinculación con los otros y las posibilidades de desarrollar pautas de autovalimiento).

Ha tenido en su historia aplicación de botox y dos intervenciones quirúrgicas muy traumáticas de estiramiento de tendones sin preparación psicológica para la tramitación y la reactualización de viejos traumas médicos invasivos.

REFLEXIONES:

Lo vivido tan tempranamente en este paciente nos convoca a reflexionar que huella mnémica ha quedado de todas esas situaciones intrusivas, que marca en cuestión se ha jugado de su constitución psíquica ya que nos estaremos refiriendo a sujetos en el momento del yo real inicial: en que todo está indrministrado entre el mundo interno y el mundo externo.

Respecto del cuerpo hay dos alternativas: el cuerpo como fuente pulsional y el cuerpo como estructura neuronal. El **cuerpo pulsional** es como fuente de la pulsión sexual y de auto conservación. Me refiero a la estructura química del organismo, a la energía pulsional. En las lesiones radica en el **cuerpo neuronal**: en cómo procesar la exigencia pulsional o sea el cuerpo como estructura neuronal. Al respecto Freud dice que “los estímulos pulsionales que se generan en el interior del organismo no pueden tramitarse mediante ese mecanismo, por eso plantea la existencia mucho más elevada de la función nerviosa”.

Dolor:

Las investigaciones del dolor en los prematuros han evolucionado desde que las vías del dolor no están maduras (1943) hasta que el bebé con 20 semanas de nacimiento existen una percepción cutánea muy madura en la boca y las extremidades (1980).

El bebé no obstante, no puede verbalizar su dolor, del cual no tiene conciencia pero lo registra en forma de engramas de memorias.

Esas memorias representadas en su mente y en su cuerpo, serán incorporadas a su individualidad como parte de su historia. El dolor puede no ser recordado pero las experiencias a él asociadas lo son.

Aislado en la incubadora, con el cuerpo tenso, el rostro crispado, sin ser reconfortado por el regazo de la madre o por la voz que disminuya su dolor, que regule sus ritmos y apacigüe su angustia, el bebé sólo podrá investir a su madre si ella permanece a su lado y una madre sólo podrá investir a su hijo si siente investida por él.

Para sintonizar con las emociones del hijo y dejarse llevar por sus ritmos debe tocarlo y sentir el tranquilizante poder de su apego.

Los prematuros se vuelven frecuentemente hiperactivos pues tratan de adaptarse a ese medio hiper-estimulante y son sometidos a estímulos similares provenientes de su interior.

Es importante detectar como retorna en el niño estas vivencias del dolor.

Como retorna el dolor en los niños

Aparece como una tendencia a bajar los brazos, súbito estado de somnolencia o cansancio que irrumpe.

Son niños hipertónicos: como una tentativa de salir de un estado más elemental de hipotonía. Hay un momento en el que el cuerpo se relaja mucho y hay un estado de flojedad que para algunos niños es un riesgo de quedarse hipotónico y no poder salir de la hipotonía. Entonces hay niños que se despiertan en medio de una crisis de angustia o se ponen hipertónicos o dicen que no descansan, porque están todas las noches a la defensiva, están crispados de noche; en fin hay muchos, tienen que ver con el momento de dormir profundo.

Otra modalidad del retorno del dolor es a través de los estallidos de furia y agresividad, llantos catárticos e inmotivados en que el niño va degradando los recursos para expresar la hostilidad golpea en vez de articular la palabra o la hostilidad es hacia adentro golpeándose la cabeza o mordiéndose y de este modo se queda sin energía

Muchas veces su gritar es un gritar hasta quedarse afónico como un desembarazarse del sentir, de autoeliminarse a veces acompañado de frases: “Me quiero morir”.

Son momentos que el terapeuta verbaliza que de bebé estuvo internado mucho tiempo y con riesgo de muerte, evidentemente en sus estallidos retorna sus momentos agónicos y dolor por las intrusiones corporales. Recordando lo que plantea D. Winnicott como agonías primitivas

En su juego se observa una fuerte tendencia a ordenar autos en fila, es un orden del mundo sensorial, es una clasificación de estímulos, son estímulos visuales y no auditivos, los autos no se mueven, no le importa al niño el movimiento. Es un orden clasificatorio; es un continente que no puede dar lugar al contenido, es una paralización del mundo como sucede cuando ocurren catástrofes.

El desborde del niño aparece frente a la imposibilidad clasificatoria, pasa del orden al caos frente a los estímulos vividos como desmesurados; ya que estuvo en un contexto desmesurado y actualmente en sus tratamientos se observan estímulos excesivos por la multiplicidad de profesionales que lo asisten con contradicciones pragmáticas y a órdenes contradictorias generando en el niño violencia tanto pasiva como activa con los otros.

Contratransferencia:

El Psicoanalista frente al sufrimiento psíquico del niño.

Un aspecto es la desconfianza del potencial del paciente o sea la transmisión de su pesimismo al terapeuta a quien contagia dicho estado ligado a la frustración del deseo ambicioso. (Cantis, 1999)

La desconfianza desemboca por parte del paciente en el impulso de arruinar todo proyecto clínico como un intento de esterilizar ligado con la envidia.

¿Qué sucede cuando se advierte el goce del paciente en arruinar todo? El terapeuta reacciona con una tendencia a hablar e intervenir en exceso. El terapeuta siente que no ha dado lo suficiente y es porque el paciente está en una mezcla entre arruinar y demandar; el analista puede quedar confuso frente a esta situación y una de las manifestaciones de este hecho es el acelere vertiginoso y la entrada a una hiperestimulación sensorial para despertar al paciente lesionado cerebralmente, para sacarlo del estado de sopor.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el exceso de estimulación conlleva el riesgo de violentar al paciente, lo cual debe evitarse; ya que es otra forma de intrusarlo.

Otro aspecto a tener en cuenta en esta clínica como juega lo identificatorio se manifiesta en una clara desvitalización anímica del terapeuta que se expresa en somnolencia en la sesión con el paciente o en ataques de irritabilidad con el paciente con el objetivo de sacarlo de la apatía y el desamparo. Además las manifestaciones somáticas (mareos, alergias, taquicardia, problemas digestivos) son una clara expresión de la identificación con la angustia del paciente.

Todas estas manifestaciones del terapeuta lo llevan a intervenir con el paciente en dos modalidades: en una forma hostil e irritable (intervención intrusiva) o en una forma apática y somnolente (intervención con falta de cualificación por parte del terapeuta); en ambas situaciones el profesional pierde la meta clínica hacia adonde se dirige.

Como defensa del proceso identificatorio encontramos en el terapeuta una marcada tendencia al furor curandi o su contrapartida, que se presenta desahuciando al paciente.

En la actitud de desahuciar se observa claramente un proceso de desinversión en la que el terapeuta desaloja de su mente al paciente. Pero lo más complicado es la actitud clínica de algunos terapeutas que habiendo desahuciado al paciente lo siguen atendiendo; todo esto se liga con cuestiones éticas y con una identificación con el paciente, pues en el fondo el terapeuta siente que la persona discapacitada no tiene esperanza respecto de él, ya que el desahuciarlo tiene que ver con una falta de futuro. Y esa mezcla entre desahuciar y seguir atendiendo sin esperanza daña mucho al terapeuta porque no termina creyendo en aquello en lo que se formó.

También podemos hablar de un atrapamiento clínico donde el terapeuta pasa a ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. El terapeuta está metido en una escena promovida por el paciente. Muchas veces el terapeuta no lo descubre y queda atrapado.

Bibliografía:

- Cantis Jorge (2008) “Agotamiento profesional y traumatización en el campo de la discapacidad”. Actualidad Psicológica N° 362.
- Cantis Jorge. (1999) “La Contratransferencia en la Clínica de la Discapacidad” en Contribuciones al Trabajo Psicoanalítico con Niños y Adolescentes. Ed. R. Vergara Editores – Bs. As.
- D ´ Avila, Rodolfo (Compilador) (2001) “El dolor: un enfoque interdisciplinario”. Editorial: Paidós.
- Fava Vizzielloi; C, Zorzi; M, Bottos (1993) “Los hijos de las máquinas”. Editorial: Nueva Visión.
- Freud, Sigmund (1895): “Proyecto de Psicología”. OC., Editorial: Amorrortu. Vol. I.
- Freud, Sigmund (1926): Inhibición, síntoma y angustia. OC., Editorial: Amorrortu Vol. XX.
- Helman, Viviana y Villanueva, Marcelli (2000) “Niños prematuros. La clínica de lo prematuro - de la Medicina al Psicoanálisis –”. Editorial: Lugar.
- Maldavsky David (1992) “Teoría y Clínica de los procesos tóxicos”. Editorial: Amorrortu
- Maldavsky, D. (2007): “La intersubjetividad en la clínica Psicoanalítica, Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)”. Editorial: Lugar.
- Mathelin Catherine (2001) “La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros”. Editorial: Nueva Visión