



## LA INERCIA LIBIDINAL COMO CONSECUENCIA DE LA ENVOLTURA ATERMICA

Mabel Malinowski\*

### Resumen

*Este trabajo parte de una investigación sobre Trastornos del dormir y del soñar en pacientes con patología oncológica. El marco conceptual es una articulación de las hipótesis que Freud desarrolla sobre neurosis traumáticas y los desarrollos del campo de la neurofisiología. Se construyen interrogantes acerca de las alteraciones de la pérdida de temperatura y las características del contexto donde se producen dichas fallas. Finalmente, se realiza una propuesta teórica y un desarrollo del concepto de envoltura atérmica enlazado a uno de los primeros intercambios biológicos en la díada madre-niño, y se relaciona con cualidades del contexto.*

### Palabras clave

*Pérdida de temperatura - Neurosis traumáticas - Entropía - Envoltura atérmica - Contexto.*

### Abstract

*This paper is based in an investigation about disturbances in the sleep and dreams on patients with oncological pathology. The conceptual frame is an articulation of the hypothesis that Freud developed about traumatic neurosis and the developments in the field of the neurophysiology. Questions are constructed about the alteration of the loss of temperature and the characteristics of the context in which those failures take place. Finally is formulated a theoretical proposal and a development of the concept of thermal wrapping linked to one of the first biological interchanges in the mother-child dyad, and is related with the context traits.*

### Key words

*Loss of temperature- Traumatic neurosis- Entropy- Thermal wrapping- Context.*

### Introducción

Este trabajo es el desarrollo de una propuesta teórica que surge como consecuencia de una investigación en pacientes con patología orgánica. El punto de partida se centra en la organización del yo real primitivo, sus fallas y las consecuencias de ello. De-

---

\* Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento. Docente de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). E-mail: eamor@intramed.net.ar



sarrollo una posible articulación entre el campo de la neurofisiología y el psicoanálisis privilegiando los primeros momentos de formación del psiquismo. La atención está centrada principalmente en la pérdida brusca de temperatura como correlato del concepto de entropía que Freud toma de la segunda ley de la termodinamia. Presento una viñeta clínica que da cuenta de estos desarrollos y finalmente fundamento mi propuesta teórica que denominé “la envoltura atérmica” con la cual pretendo describir ciertas características del contexto que se infieren en este tipo de perturbaciones del psiquismo temprano.

#### A. Marco conceptual

##### **Función del dormir en procesos tóxicos y traumáticos**

En una investigación reciente (Malinowski, M. 2003), realizada con pacientes que padecen fijaciones tempranas se verifica la presencia de trastornos térmicos, es decir la alteración de la temperatura corporal en forma de pérdida abrupta y masiva independientemente de la temperatura del ambiente. Si bien la investigación fue realizada con material clínico de pacientes adultos, se hacen inferencias por construcción acerca de los períodos tempranos del desarrollo psíquico, haciendo hincapié principalmente en las alteraciones correspondientes al yo real primitivo.

En el marco de esta investigación, se estudiaron también otro tipo de manifestaciones relacionadas a los momentos previos y posteriores de conciliar el sueño. La forma de ir a dormir de estos pacientes, coincide con un estado de tensión muy alta, están siempre hiperactivos y no pueden relajarse, además de combinar la necesidad de una actividad fuerte que los canse mucho. El estado de hiperactividad es un fenómeno que se observó también en el estado de vigilia. La modalidad y características de estos sueños, se relacionan con los sueños de las neurosis traumáticas. El sueño es invadido por una producción que tiene todos los caracteres de una alucinación de vigilia. Lo expuesto hasta aquí forma parte de la comprobación de la investigación precedente. A continuación trataré de relacionar estos descubrimientos con las hipótesis desarrolladas por diferentes autores.

Freud (1920) apela a las neurosis traumáticas para poner en evidencia un trabajo de ligadura de los estímulos, como requisito para la constitución ulterior del principio del placer y relacionar la actividad anímica con la aparición de pesadillas, mediante las cuales se pretende agregar, a una vivencia antes padecida, una magnitud de angustia que faltó o que fue insuficiente para prevenir el trauma. Como el núcleo de la vivencia traumática no tiene cabida en la escena onírica y es relevado por un despertar ansioso, hay que señalar que subsiste esta situación inelaborable que no puede ser recordada, pero que tampoco puede ser evocada como estado afectivo.

Freud estudió las neurosis traumáticas principalmente al considerar el problema de



la pulsión de muerte y el cuerpo. Consideró entonces un cuerpo como fuente pulsional, que se caracteriza por una tensión que permanece constante y que es protegida de las intrusiones provenientes de las energías exógenas mediante una coraza antiestímulo, bajo la cual se hallan los receptores sensibles. Estos captan y transmiten su período, que en la conciencia se transforma en cualidad, de donde derivan luego las huellas mnémicas, las inscripciones psíquicas. En las neurosis traumáticas la coraza antiestímulo es arrollada, con la alteración económica consecuyente y la imposibilidad de cualificar el estímulo exógeno irrupiente. La incitación mecánica traumática libera una excitación sexual insoportable, frecuentemente por la falta de apronte angustiado. Una parte de las incitaciones pulsionales hipertróficas puede procesarse por la mediación de las pesadillas, y otra a través de los dolores o la fiebre que suele suceder al trauma.

Maldavsky (1994) en un artículo acerca de las neurosis tóxicas y traumáticas, refiere los factores determinantes de la fijación al trauma donde Freud (1895) hace alusión a distintas constelaciones de elementos. Entre ellos, alude a ciertos rasgos de una pulsión, tal vez inasimilables al resto de la economía anímica; también presta atención a cierta endeblesz psíquica y a las características del sistema neuronal en juego. Además, destaca el valor de ciertas fallas en el nexos con los asistentes familiares cuya ternura y cuidados resulta fundamental para el desarrollo de la coraza antiestímulo.

Las patologías tóxicas y traumáticas, como las denomina David Maldavsky (1994) parecen ser consecuencia de modos particulares de procesar la pulsión de dormir, en el contexto de la pugna entre Eros y Tánatos. Freud (1917) afirmó que todas las defensas tienen algo en común, la acción de replegarse de un mundo exterior acompañado de una desinvertidura. Pero también existen desinvertiduras respecto de un fragmento anímico. Por ejemplo, en el momento más temprano, correspondiente al yo real primitivo, en el cual la espacialidad en juego es la sensorio afectiva intracorporal, la desinvertidura se dirige a estos elementos, como una desestimación del sentir (Maldavsky, 1999). La defensa se advierte como falta de enlace entre las percepciones internas y las percepciones extracorporales a través de las zonas erógenas. Maldavsky (1994), alude a cierto tipo de rasgos patológicos de carácter en las patologías tóxicas de los cuales voy a tomar el abúlico que define como desvitalizado, acorazado, con un estallido de furia ante quien pretende sustraer lo anímico de tal condición. Como rasgo de carácter, es expresión de un trauma que el autor define como carecer de un mínimo de tensión vital. Entre otras características el carácter abúlico se enlaza también con los registros térmicos centrados en el frío que adormece las tensiones vitales y rebaja las necesidades a un mínimo, como en los estados de hibernación, o más bien de congelamiento. Dichos registros térmicos parecen procesos de desinvertidura, de hemorragia libidinal. Este proceso se podría relacionar con el término entropía que Freud toma de las teorías termodinámicas. (Este concepto se



desarrollará más adelante.) Se puede concluir que las defensas conciernen a la autoconservación y a la pulsión de muerte en estos casos. La alexitimia, descrita por Sifneos (1973), no designa solamente una ausencia de palabras para nombrar los afectos sino la imposibilidad de conocer los estados afectivos, es decir de tomar conciencia de ellos. J. McDougall(1982) también se interesó en este tipo de pacientes, y sostuvo que el afecto inconciente queda separado del sistema de representaciones-palabra.

Green (1983) describe la negativización de las sensaciones ligadas al cuerpo propio y al afecto y las vincula a la alucinación negativa. Plantea la hipótesis de que la hipochondría se produce en un fondo de alucinación negativa en la esfera del cuerpo o en la de la emoción. El cierre de la barrera del preconciente, descrita por P.Marty (1976), podría corresponder a un mismo fenómeno.

Al respecto, Michel Fain (1982) afirma la existencia de un real traumático tópicamente ubicado fuera del yo, escotomizado y percibido simultáneamente incapaz de proporcionar sustitutos a las representaciones de cosas inconcientes. La elaboración del trauma se desarrollaría allí donde las capacidades de ligazón del proceso primario fracasan, sin trabajo de figurabilidad (Botella, 1992). Se daría una incapacidad para transformar, para convertir en psíquico un estado que por causa de esa misma incapacidad, se torna excedente de energía, perceptivo, no ligado. A diferencia de la psicosis, no sería producto de una abolición de una representación sino de una incapacidad inicial, de un defecto de inscripción.

Teniendo en cuenta este marco teórico me planteo ciertos interrogantes: ¿Qué relación existe entre los trastornos térmicos y la función de reverie materna? ¿Qué relación puede existir entre los estados de hipertonia y hemorragia libidinal o entropía? ¿Cuáles serían las características del contexto para que aparezcan los trastornos térmicos? ¿Los registros térmicos tienen relación con los desarrollos de afecto?

#### **La función del sueño y la regulación térmica**

El sueño corresponde a la fase paradójica del dormir. Durante el sueño REM hay una intensa actividad autonómica como irregularidades en la frecuencia cardíaca y respiratoria, con aumento de la presión arterial sistólica. El flujo sanguíneo cerebral es mayor durante esta etapa del sueño, hay aumento de la temperatura cerebral y del consumo de oxígeno. Jouvett (1992) explica que los sueños requieren mucha energía en razón de la intensa actividad cerebral. El cerebro que piensa sería pues como un músculo que trabaja, y por ende produce calor. Es necesario dormir en un momento dado para recargar energías y para hacer descender la temperatura.

El sistema de regulación del sueño paradójico en función de la temperatura funciona de la forma siguiente: si la temperatura baja, el sueño paradójico aumenta rápidamente. El sueño aparece cuando la temperatura corporal alcanza su nivel más bajo (Jou-



vet, M., 1992). El sueño paradójal sólo existe en los animales homeotermos, es decir aquellos que tienen una temperatura constante, independientemente de la del mundo exterior. La temperatura corporal normal es de 36-37,2 °C y es el resultado del balance entre la producción y la pérdida de calor. Estas son modificadas por un mecanismo regulador hipotalámico, que actúa a modo de termostato. La temperatura central es la de los órganos vitales. La producción de calor es secundaria a la actividad metabólica desarrollada en el hígado, corazón y, principalmente, en el músculo. Aumenta voluntariamente con la actividad física e involuntariamente con el escalofrío, regulado por el hipotálamo posterior. La hipotermia se produce cuando las pérdidas de calor exceden a la producción. Fallan los mecanismos de vasoconstricción cutánea y de autoprotección que conservan el calor corporal y se produce una reducción generalizada y progresiva de la actividad metabólica, con depresión de todos los sistemas orgánicos, principalmente del SNC (disminución del metabolismo y del flujo sanguíneo cerebral, así como de la velocidad de conducción nerviosa), cardiocirculatorio (disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, incremento de la irritabilidad miocárdica y aumento de las resistencias vasculares) y respiratorio (disminución de la frecuencia respiratoria y del volumen corriente). La hipoxemia resultante es, sin embargo, mejor tolerada de lo esperado, debido a la desviación a la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina y a la reducción del metabolismo basal.(Farreras-Rozman,2000)

El sueño es la posibilidad aparecida en el debido momento de la evolución de las especies, vinculada con la aparición de la homeotermia (Jouvet, 1992) y la posibilidad de proyectar un mundo interno durante ciertas fases del reposo en tanto se encuentra interrumpido todo lazo con el entorno. Es así que, a través de una proyección que adopta la forma de alucinación, el sueño crea un entorno. Es el papel creador lo que la investigación biológica reconoce actualmente a la actividad onírica, tanto en el hombre como en el animal a partir de cierto umbral evolutivo, cuando se atribuye a la fase paradójal del dormir la virtud de reforzar la programación genética en el nivel de la especie y del individuo (Jouvet, 1992).

### **La función materna**

Es indispensable considerar también, la relación madre-bebé. Esta relación, según Sami-Alí (1997), preexiste a los términos que enlaza, que se van precisando gradualmente a partir de la vida intrauterina. A lo largo de esta evolución, la madre no se desempeña sólo como un para excitación; ella es, sobre todo, un sincronizador de los ritmos biológicos, en especial de la regulación térmica y del ciclo reposo-vigilia. El vínculo no es lo que se llama habitualmente relación de objeto sino que la precede y engloba tanto lo psíquico como lo somático. Para este autor, tanto lo psíquico como lo somático es relacional. Como sabemos, el bebé ha venido al mundo con un cuerpo biológico, cuando el bebé nace, sale de un mundo en el que estaba protegido, a otro en el que existirán envolturas diferentes que también cumplirán el papel de pro-



tección. Una de estas envolturas como sensación que se construye a partir de vivencias de contacto cotidianas como por ejemplo los cuidados, las caricias, los masajes, los baños, etc. del entorno familiar, está íntimamente relacionada con la piel. Entonces, se construye un vivenciar táctil térmico donde las sensaciones, la percepción, la emoción, se van organizando. Didier Anzieu propone distintas funciones para lo que llama “El yo piel”, entre ellas está la introyección de la función continente del objeto externo, como la define Esther Bick (1968). Isakower (1938) presume que es posible que las sensaciones de la cavidad bucal se fusionen con las del tejido cutáneo externo. La piel es un órgano que además de protección cumple diversas funciones, entre ellas la regulación térmica.

#### **Desarrollos en la infancia temprana**

La maduración del sistema nervioso se edifica a partir de la organización tónica. Las respuestas exageradas (hipo o hiperextensibilidad) pueden ser una señal de inmadurez. La tensión débil, hipotonía, o la tensión exagerada, hipertonía, señalan predisposiciones de comportamiento que se reflejan en la cantidad y en la calidad de la actividad del niño. La hipo o hipertonicidad de los miembros inferiores pueden señalar problemas en el desarrollo de la locomoción. La tonicidad está integrada en la formación reticulada que es una de las estructuras filogenéticas más antiguas del sistema nervioso y la que ontogenéticamente presenta una maduración más precoz. (Fonseca, V, 1998). La hipertonicidad al funcionar como contrainvestidura defensiva y un mayor consumo energético durante la vigilia, se podría relacionar con la falta de neutralidad motriz durante el sueño, tal vez sea el equivalente vigil de la falta de sueño REM durante los procesos oníricos (Malinowski, 2003). Según Jouvett (1992), la función del sueño REM es regular la temperatura, se podría conjeturar entonces que al no haber regulación de la temperatura a través del sueño REM, tampoco hay freno al procesamiento pulsional y por lo tanto el drenaje energético es de tipo hemorrágico. La pérdida térmica, entrópica, podría entenderse por este proceso.

#### **La sensación de pérdida gravitacional y la temperatura**

Este estado de alerta consumiría excesiva energía térmica, al cabo del cual el bebé quedaría en estado inercial. La pérdida libidinal en forma de hemorragia libidinal estaría en proporción directa con la pérdida hemorrágica de la temperatura. En cuanto a los estados de vértigo y caída, sensaciones que se podrían articular con perturbaciones en los estados de gravedad, parecerían ser un ataque a lo diferencial, por ejemplo a los distintos registros sensoriales propioceptivos e interoceptivos, disolvente de las diferencias y que deja a la conciencia aturdida o abrumada (Maldavsky, 1994). Las sensaciones ligadas a la gravedad, requieren de un procesamiento específico y las fallas pueden generar trastornos en el dormir. Desde un enfoque neurofisiológico, la noción de gravedad se construye a partir de una proyección vertical gravitatoria (cabeza abajo) y va ascendiendo a una reproyección horizontal bilateral (izquierda-derecha) y por último a una reproyección espacial direccional tridimensional, con la



cual el niño se orienta en el universo. La expansión de la conciencia espacial parte del cuerpo, pasa por la musculatura, la percepción y llega a la representación. (Kephart, 1973) El dominio de la postura es un dominio de la gravedad adquirida a costa de la contracción tónica de los músculos de la profundidad. La relación con el campo gravitatorio ciertamente precoz en términos de relación madre-niño es una condición del desarrollo global del bebé. Con la inseguridad gravitatoria se puede generar: inestabilidad emocional, hiperactividad, ansiedad, inhibición de la integración sensorial y perceptiva. Las formaciones vestibulares donde también están implicadas las funciones de vigilancia, alerta y atención, junto con la función reticular, operan en términos filogenéticos y ontogenéticos, mucho antes que los sistemas táctilo-kines-ticos, visuales y auditivos. (Fonseca, V. 1998)

Desde el psicoanálisis, Winnicott (1963) describió el caer sin fin, vivencia ligada a la ausencia de investidura materna donde aparecen estados de no representación, de vacío. Se podría conjeturar que tal vez las sensaciones de vértigo y caída sería un intento falaz de transformar una sobreinvestidura cenestésica en proyección (alucinación) y la vivencia de caída como el fracaso del despliegue alucinatorio. Didier Houzel (1988) alude a experiencias de caída, de deslizamiento que deberían ser amortiguadas, frenadas por la relación psíquica, al objeto materno, jugando el rol de continente tal como lo ha descrito Bion. Frances Tustin (1987) describe el pasaje de la vivencia en estado de quasi-falta-de-gravedad en el medio amniótico intrauterino a la vivencia post-natal de la gravedad. El bebé se sentiría “precipitado” si no fuera por los brazos de su madre y contenido en su capacidad de reverie.

### **B. Propuesta teórica**

Los lineamientos actuales en procesos psicosomáticos, según David Maldavsky (1999), articulan la corriente psicosomática con el fracaso del proceso alucinatorio, es decir, el erotismo oral primario con la posibilidad de alucinar arruinada, como consecuencia de una mezcla entre intrusión y desinvestidura materna. La consecuencia de este proceso de intrusión y desinvestidura se puede inferir de la imposibilidad de la figurabilidad en estos pacientes. Allí donde tendría que aparecer la alucinación onírica, aparece un despertar brusco con alteraciones somáticas (térmicas, rítmicas, musculares, etc). Se podría articular aquí el estado de hiperactividad o hipervigilancia como la constatación, en estos pacientes adultos que se despiertan sobresaltados, de una defensa arcaica frente a un contexto tóxico, que altera el organismo. La denominación que propongo a partir del resultado de esta investigación es la de “Envoltura atérmica”. Estos pacientes aducen despertar con un gesto de terror, los ojos bien abiertos, y dolor por las contracturas musculares. Algunos están dormidos con los ojos abiertos, tensos, agitados, con taquicardia y la imperiosa necesidad de incorporarse. Se podría conjeturar la presencia de una conrainvestidura defensiva ante un contexto intoxicante que deja al durmiente con la única posibilidad de despertar como forma de tomar distancia. La fuerza de dicha conrainvestidura es directamente



proporcional a la envoltura atérmica del contexto. Se entiende aquí al contexto como una función del objeto que filtra las interferencias, dosifica los estímulos externos (hiper o hipointensos) y facilita la retracción libidinal y la relajación muscular para poder dormir. Freud (1915) sostenía que para el yo real primitivo, el primero en constituirse, los estímulos exógenos ante los cuales la huída tiene éxito, resultan indiferentes.

En los pacientes oncológicos analizados ocurre una perturbación del reposo y la relajación muscular, estado corporal que se toma como indicio de otro, que se describe como hipertonia. Se podría pensar que en estos pacientes hay una fuerte inhibición del proceso primario, pero como consecuencia de un estado de no satisfacción, de no relajación. Se observa también la falta de compulsión a la asociación por simultaneidad a la que Freud se refiere como un funcionamiento primario de investidura de deseo.

La hipertonia es un proceso acompañado de un alerta difuso y carente de organización, correspondiente a la fijación en las investiduras de órgano y en un lenguaje del erotismo intrasomático. Este erotismo se caracteriza por la investidura de los órganos internos y responde a la tendencia general a la eliminación de la tensión vía alteración interna. Este lenguaje queda sin traducir al idioma alucinatorio, al cual precede en el desarrollo anímico individual. La fijación en un trauma en aquel momento puede generar interferencias en la creación misma de las condiciones para el despliegue del proceso onírico. Clara Roitman (1998) describe el síndrome hipertónico-hipotónico, el cual está relacionado con la musculatura de sostén y que puede traducirse en dos posibilidades: una consiste en un esfuerzo por auto-sostenerse (hipertonia), la otra corresponde a una entrega pasiva al terror (hipotonía), como una forma de abandonarse a la muerte. Esta autora señala que la hipertonia se acompaña de una sobreinvestidura defensiva de la sensorialidad distal que opera más a la manera de una contrainvestidura que como un avance proyectivo normal hacia la exterioridad. Estos trastornos suelen presentarse cuando falta el enlace entre las incitaciones pulsionales y las incitaciones mundanas acordes al reclamo interno.

### C. Viñeta clínica

Lorena es una joven adulta de 24 años. Los síntomas por los que consulta son inherentes a diversas inhibiciones, como por ejemplo, salir a la calle sólo por sus obligaciones, no comparte el buen humor con los chistes de sus amigos, nunca tuvo novio, es muy retraída, no termina ningún proyecto, ni laboral ni estudios terciarios. Sus compañeras de curso (actualmente estudia Bellas Artes), le dicen que es muy fría e insensible. No puede decir que no, no le gusta discutir. En los talleres de escultura dice que siempre hace cuevas. Que tiene insomnio y que colecciona recuerdos en frascos. Esos recuerdos son: arena que recolecta de los lugares donde pasea con sus padres y la coloca en frasquitos arriba de su escritorio. Me dice que las colecciona por-





que piensa que nunca más va a volver a esos lugares, pero no es porque no quiera volver a ellos, sino que no quiere volver con sus padres. Su terapeuta anterior falleció de un infarto. Decide empezar otro tratamiento, después de pasar una situación muy traumática. “A principios de este año viajé al sur con mis padres. Tomamos un barco para hacer una excursión. A la vuelta, el barco se descompone y no pudimos volver en el último que salía del lugar de la excursión. En otra agencia turística nos ofrecen volver con otra pareja en un gomón. Era una “pingüinera”. Estaba oscureciendo y se acercaba una tormenta pero zarpamos igual, muy a pesar mío, porque no me gusta el agua. Cuando empezamos a navegar el gomón empieza a dar saltos de aproximadamente un metro y caía en forma vertiginosa. Yo estaba tan tensa y dura y tenía tanto frío, estaba aterrorizada y no me podía despegar de los caños de donde me agarraba. Mi papá me dio la máquina de fotos y me dijo que sacara algunas, yo no le pude decir que no, pero estaba tan aterrorizada que saqué fotos y estaban todas desenfocadas porque yo tenía tanto miedo que saqué fotos al piso para sostenerme. Empecé a llorar y a llorar. Cuando llegamos, mi mamá me tuvo que agarrar los dedos porque los tenía agarrotados y casi grises del miedo y del frío. Vi la muerte ahí. Encima, la muerte por la decisión de otros porque yo no había decidido salir”.

Esta escena traumática conectada a la muerte de su terapeuta anterior me llevó a investigar momentos previos a su nacimiento. Lorena se entera que su madre, cuando estaba embarazada de ella (tiene dos hijos varones mayores) comienza a padecer la sensación de terror a morir y comienza una terapia que abandona en poco tiempo. Este terror se repite a los seis años de Lorena, edad en que empieza a concurrir a la escuela.

Con respecto a su madre, me parece importante aclarar que las respuestas de la madre en el vínculo madre-bebé están organizadas por el vínculo con su propia madre que como aduce Tisseron (Serge Tisseron, 1998), estos esquemas interactivos se ubican en el terreno de las transmisiones transgeneracionales, lo mismo conjetura Mal-davsky (1996) cuando describe los linajes abúlicos. Además, estos esquemas ya han recibido una facilitación en el estado fetal.

Cuando le pregunto cómo es su forma de dormir, me dice que duerme con el frío. Que en invierno duerme con las ventanas abiertas, y en verano duerme poco, y con dos ventiladores. Hasta los once años, durmió con sus abuelos. Esto es después que empezó a caminar, al año. Su madre también le dijo que era tan buena y tan silenciosa que iba a la cuna para ver si estaba muerta. Apenas nació, le cuenta, llamó la atención que estando boca abajo se apoyó en los brazos, se irguió y miraba a su alrededor. Otro dato interesante es que cuando era niña se fue a una pileta y como es muy blanca se quemó toda la piel con el sol y se ampolló porque aduce que su mamá no le había dado protector. Esta paciente no recordaba sus sueños y tampoco recordaba muchos años de su vida de infancia. No tiene recuerdos, aduce sentir como una nu-



be encima de su cabeza. De estos relatos no puede hacer ninguna conexión, no se le ocurre nada. Lo significativo parece ser el estado de alerta que mantiene en el tránsito de estado de vigilia al estado de dormir y la alteración de la relajación de la musculatura. Este relato se podría relacionar con un estado de no representación al cual remiten muchos pacientes con fijaciones muy tempranas y que se sienten llevados a evitar por el pánico que les provoca. Se podría relacionar a su terapeuta con la madre muerta psíquicamente, o presente por su ausencia. El gomón (La pingüinera) con la envoltura atérmica (el continente helado), la caída vertiginosa con el nacimiento precipitado y las fotos desenfocadas con la falta de la mirada materna, con la alucinación negativa de la madre.

¿Qué se podría conjeturar con respecto al dormir en un estado de alta temperatura que necesita las ventanas abiertas en pleno invierno y en verano dos ventiladores? Por una lado, con respecto a su historia, Lorena pasa de un estado de congelamiento, de una envoltura atérmica, donde su madre no registra las necesidades de su hija, una madre ausente, insensible, a vivir con la abuela, una mujer intrusa, que mantiene “acaloradas” discusiones con su hija (la madre de Lorena), discusiones muy violentas donde el arrojar objetos (proyectiles) era algo cotidiano. Entonces allí donde la acción específica falla, la regulación térmica es ejercida en el afuera pero como defensa patológica, el acto reflejo puesto afuera. Los dos ventiladores tratando de amenguar la temperatura corporal porque la regulación interna no se construyó adecuadamente. Por otro lado, “dormir en el frío” implica la regulación a través de las ventanas abiertas en el invierno, de los procesos voluptuosos transmitidos en la cama matrimonial de sus abuelos, en donde Lorena durmió desde el año (cuando empezó a caminar) hasta los once años en que tuvo su menarca. Se podría pensar que Lorena se ofrece en sacrificio (ofrece su cuerpo) a una abuela que interfiere el vínculo con su madre por sus “acaloradas” disputas, motivo por el cual queda excluida de la mirada de su madre, desenfocada y aterrorizada.

#### **D. Discusión**

Considero que estos estados de no investidura están relacionados íntimamente con la experiencia de satisfacción es decir con las primeras experiencias de contacto del infante con su madre.

Estas primeras experiencias de envoltura, que Tustin asocia con los brazos de la madre que rodea en círculo, permitirán construir las primeras nociones del espacio, tiempo, regulaciones, identidad, inmunidad etc. En este sentido Didier Anzieu (1985) dice que la función biológica de mantenimiento del psiquismo, se ejerce por la forma en que la madre sostiene al niño. Es lo que Winnicott (1967) denominó Holding. La función psíquica de mantenimiento se desarrolla por interiorización del holding materno. En este sentido el yo-piel es una parte de la madre, especialmente sus manos, que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez. El apoyo ex-



terno sobre el cuerpo de la madre conduce al bebé a adquirir el apoyo interno sobre su columna vertebral, como una espina sólida que le permite ponerse derecho. El yo piel es una envoltura táctil que funciona como intersensorialidad y desemboca en la constitución del sentido común que se realiza siempre por medio del tacto.

### E. Conclusión

A partir de una investigación realizada en una población de pacientes oncológicos, sobre los trastornos del funcionamiento del dormir y del soñar, se observa un complejo de fenómenos que se manifiestan en la vigilia en forma de estados de hiperactividad que los relaciono con defensas muy arcaicas y en correlación con el síndrome hipotónico-hipotónico que describe Clara Roitman (1998).

Además del estado hiperactivo que se observa en la vigilia y que se manifiesta como imposibilidad de relajarse durante el dormir, los pacientes entrevistados aducen levantarse, o despertarse con pérdidas de temperatura, que no se relacionan con la temperatura del ambiente. Aducen perder calor como “ráfagas” en distintas partes del cuerpo. La imposibilidad de relajación durante el dormir es una perturbación que no permite el ingreso al sueño REM (esta es una de las condiciones necesarias para dicho ingreso) y por lo tanto la capacidad de figurabilidad queda arruinada. Aparecen entonces sueños repetitivos y despertares terroríficos a la manera de las neurosis traumáticas, como así también el insomnio.

De este complejo de manifestaciones, destaqué una característica del contexto que denominé “la envoltura atérmica”, entendiéndolo aquí al contexto como una función del objeto que tiene imposibilidad de filtrar las interferencias, dosificar los estímulos externos (híper o hipointensos) y facilitar la retracción libidinal y la relajación muscular para poder dormir.

La envoltura térmica que yo postulo estaría constituida mucho antes que la envoltura táctil, ya que como regulación de la temperatura y los ritmos circadianos estaría más cercana a una necesidad básica característica del contexto; así como conciliar el sueño exige de una incitación mundana monótona, como así también respirar exige que el contexto sea equiparable al oxígeno. Cuando esto no ocurre y el mundo extracorporal no tiene esta característica, la incitación interna puede presentar un carácter hostil como correlato de una desinversión, respecto de un fragmento anímico.

### Bibliografía

Anzieu, D.(1985), *Le moi peau*, París, Dunod

Botella, C. y Botella, S.(1992), “Neurosis traumática y coherencia psíquica”. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 2.



- (1997), "L'inachèvement de toute analyse", *Revue Française de Psychanalyse*, vol.4,1997.
- (2003), *La figurabilidad Psíquica*. Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
- Carballo, J. R. (1984), *Teoría y práctica psicósomática*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Fain, M; David, C.(1967), "Aspectos funcionales de la vida onírica". *Revue Française de Psychanalyse*, 27.
- Fain, M.(1982), *Le désir de l'interprète*, Aubier, Montaigne.
- (1992), "La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique". *Revue Française de Psychosomatique*, 2.
- Freud, S.(1895), "Proyecto de una psicología para Neurólogos". Amorrortu editores, Vol. 1, 1982.
- (1900a), "La interpretación de los sueños", en AE, vols. 4-5.
- (1911b), "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", en AE, vol. 12.
- (1915a), "Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica", en AE, vol.14.
- (1915b), "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.
- (1915c), "La represión", en AE, vol. 14.
- (1916-17), *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vols. 15-16.
- (1917d), "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños", 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.
- (1926d), *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol. 20.
- (1938), "Esquema del psicoanálisis", en AE, vol. 23.
- Fonseca, V.(1998), *Manual de observación psicomotriz*. INDE, Publicaciones, 1998.
- Green, A.(1983), *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu.1986
- Houzel, D.(1988), "Autismo y conflicto estético", *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, N°5, 1993.
- Jouvet, M (1992), *Le sommeil et le rêve*, Paris, Odile Jacob.
- Kephart, N.(1973), *Developmental Sequences in children with Learning Problems*. Publ, Nova Iorque,1973.
- Krieger, N. (2003), "¿Por qué soñamos?" Asociación Argentina de Medicina del Sueño. (www.intramed.net.ar). Mayo 2003.



Maldavsky, D. (1994), "Las neurosis traumáticas y sus variedades", *Actualidad Psicológica*. 211.

(1995), *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996

(1998), *Lenguaje, pulsiones y defensas*. Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.

Malinowski, M. (2002), "Arte y Psicoanálisis. Construcciones rítmicas y espaciales". *Actualidad Psicológica*. N° 305. Chile

(2003), "Trastornos del dormir y del soñar en pacientes con patología oncológica" Tesis del Master en Patologías del Desvalimiento. UCES.

Marty, P. (1976), *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona, Toray. 1984.

Roitman, C.R. (1998), "Algunas hipótesis acerca de las protoformas. De estados adictivos.

Un síndrome tónico temprano", *Revista de psicoanálisis de niños y adolescentes*.

Samí-Alí(1997), *El sueño y el afecto*. Amorrortu, editores.

Sifneos, P.(1973), "The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic symptom formation", *Psychotherapy and PsychoSomatic*, N° 22, 1973.

Tisseron, S.(1998), "Esquemas de envoltura y esquemas de Transformación En "La fantasía y en la cura", en *Los continentes de Pensamiento*. Anzieu, D. Cap.3. Ediciones de la Flor.

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

(1989), *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu. editores, Buenos Aires,

Winnicott, D. (1963), "Fear of breakdown". *International Review of Psychology*

*Recibido: 22 de noviembre de 2003*

*Versión final: 2 de agosto de 2004*