



RELACIONES EMOCIONALMENTE ABUSIVAS

María Viviana Torres*

Resumen

En este artículo desarrollo algunas conclusiones de la experiencia de Pasantía realizada en los cursos del Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). De las díadas asistidas madre-hijo aislé para su estudio en profundidad los casos clínicos en los que, al trastorno respiratorio, se les asociaban trastornos del dormir y/o de la alimentación.

Expongo algunos hallazgos, considerando el eje de las relaciones emocionales abusivas (sobre o subinvolucradas). En la primera parte sintetizo los observables que considero condicionan la relación madre-padre-hijo, visibles en la primera infancia, específicamente y que están vinculados al efecto que tienen en la interacción: ideas, pensamientos, afectos que la madre atribuye a su hijo (en los casos cuyo seguimiento he realizado). En la segunda parte me introduzco al análisis del contexto de desarrollo y trastornos de relación abusiva en la primera infancia. Por último ejemplifico con un caso clínico en el que es posible determinar que antes de considerar el diagnóstico de trastorno del dormir, respiratorio o cualquier otro accidente somático, hay que considerar la modalidad vincular y, específicamente, la "relación abusiva", y brindar la atención clínica necesaria al paciente y sus padres.

Palabras clave: relaciones madre-padre-hijo, contexto de desarrollo, relaciones emocionalmente abusivas, expresiones funcionales y somáticas patógenas.

Summary

In this article I developed some conclusions of the experience from the tutorship done in the courses of Magister in the Problems and Pathologies of Abandonment (UCES). From the mother-son assisted diads, I isolated, for a deeper study, those clinical cases in which the respiratory disorder was associated with sleep and/or eating. I show some findings, considering the axis of emotionally abusive relations (over or sub-involved). In the first part, I synthesize the aspects that, I consider, condition the mother-father-son relation, mainly visible in the early childhood and that are related to the attachment

* Psicóloga y magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Doctorando en Psicología (UCES). Especialista jerarquizada en Clínica de Niños y Adolescentes (C.S.C.P., Provincia de Buenos Aires). Docente superior de grado y posgrado en Modelos de Atención Temprana (UHAB, ULBRA, UNC, UNL, UNPA, ISFD, N° 3). E-mail: cpmarviv@satlink.com

they have in their interaction: ideas, thoughts, feelings the mother has for her son (based on cases which I have followed). In the second part, I introduce the context analysis of development and disorders of the abusive relation in the early childhood. I finally exemplify with a clinical case in which it is possible to determine that before diagnosing a sleep or respiratory disorder or any other symptomatic accident, it is vital to consider the connective mode and, specifically, their "abusive relation", and give the necessary clinical attention to both patient and parents.

Key words: *mother-father-son relations, development context, emotionally abusive relations, pathogenic functional and physical expressions.*

Introducción

Presentaré algunas conclusiones de la experiencia de Pasantía realizada en los cursos del Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES), coordinada por la Dra. Clara Roitman. Las prácticas profesionales se realizaron en el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal "Doctor Héctor Cura" de la Municipalidad de Olavarría (provincia de Buenos Aires). Tuvieron por objetivo asistir a niños que ingresaban al Servicio con trastornos respiratorios agudos o crónicos; trabajé en el tratamiento y la prevención de las Patologías del Desvalimiento, específicamente en el área de la psicósomática.

De las díadas madre-hijo asistidas, aislé para su estudio en profundidad los casos clínicos en los que, al trastorno respiratorio, se les asociaban trastornos del dormir y/o de la alimentación. Estos últimos se habían presentado en simultáneo o fueron manifestaciones funcionales patógenas que se observaron antes de la presentación de los trastornos respiratorios.

En función del desarrollo de este trabajo expondré algunos hallazgos, con el siguiente orden: 1) Los observables que considero condicionan la relación madre-padre-hijo, visibles en la primera infancia, específicamente y que están vinculados con el efecto que tienen en la interacción: ideas, pensamientos, afectos que la madre atribuye a su hijo (en los casos cuyo seguimiento he realizado). 2) El contexto de desarrollo y trastornos de relación abusiva en la primera infancia relacionándolos con algunos indicadores vinculados con la modalidad asumida por la *reverie* o empatía materna y su efecto en la conducta infantil. 3) Ejemplifico con un caso clínico en el que es posible determinar que antes de considerar el diagnóstico de trastorno del dormir, respiratorio o cualquier otro accidente somático, hay que considerar la modalidad vincular y, específicamente, la "relación abusiva", y brindar la atención clínica necesaria al paciente y sus padres.

Relación madre-padre-hijo

El trabajo con niños menores de tres años se asienta en la posibilidad del terapeuta de anoticiarse de las reacciones emocionales que el niño y sus padres le producen; ellas son una importante vía de información en relación con sus sensaciones, sentimientos, reacciones, cuestionamientos. La comprensión de los mensajes profundos que se encuentran más allá de las palabras y de los juegos y que se rescatan de la observación del comportamiento da los elementos para realizar las preguntas que se constituyen en otra vía de información (Torres M.V., 1992). A través de la conducta del infante y de sus padres y de las reacciones emocionales que nos producen, se pueden inferir sus representaciones mentales y sensoriales (Stern, 1991). Es necesario disponerse y posibilitarles “circular sobre nosotros” debido a que es muy importante el número de estados “no verbales o primitivos de existir y de vivenciar” de los niños que hay que disponerse a captar (Bollas, Ch., 1989).

En el encuentro participan el mundo experiencial del infante y el mundo experiencial de su madre, ambos con sus respectivas representaciones mentales. La experiencia compartida observable es el puente entre ambos mundos subjetivos. Dolto, F. (1986) refiere como “comunicación intersíquica” a esa experiencia que madre e hijo comparten y que implica necesariamente al hijo y su garante. La madre, en tanto garante, describe lo que ella piensa que su bebé piensa y desea; al hacerlo, inviste al bebé de acciones y pensamientos maternos que integra a su psiquismo. Winnicott (1979) se refiere a la “empatía” como el afecto que desarrollan las madres con el bebé, que proviene de la identificación total que las madres desarrollan con sus hijos; esto garantiza la función materna en tanto “madre suficientemente buena” y es independiente de la “comprensión intelectual de lo que sea el bebé o de lo que se pueda expresar verbalmente”.

La singular manera que adopten las primeras “relaciones interpersonales” se constituye en la trama, tejido que -adquiriendo un hilado particular- da forma a las futuras relaciones no solo del niño con los “otros” sujetos sino también con los objetos. “Una de las primeras tareas del progenitor es aprender a reconocer y predecir los estados de conciencia de su bebé con el fin de saber si este estará o no accesible (para ser alimentado, para dormir y para interactuar)” (Brazelton, Cramer, 1993).

Daniel N. Stern (1991) sostiene la presencia desde el nacimiento de “un sentido de sí mismo subjetivo” que puede lograr la intersubjetividad con otro (y si no existe, hay soledad cósmica o, en el otro extremo, transparencia psíquica); el “sentido de crear organización” (sin el que puede haber caos psíquico); y “el sentido de transmitir significado” (necesario para que no haya exclusión de la cultura, poca socialización y ninguna validación del conocimiento personal). Plantea la aplicación de las técnicas

psicoterapéuticas a las relaciones entre padres e hijos y desarrolla el concepto de “constelación maternal” con el que alude a la “reorganización de la vida mental” que tiene lugar tras el nacimiento de un hijo. Stern acuña el concepto de relacionamiento emergente que supone que el infante, desde el momento del nacimiento, es profundamente social, en el sentido de estar constituido para comprometerse en las interacciones con otros seres humanos y encontrarlas singularmente destacadas.

Bion (1962) afirma que en la infancia, a través de la “capacidad de *reverie*” de la madre, se desarrolla un aparato con el fin de derivar, a partir de esas experiencias, pensamientos que puedan ser utilizados para pensar, que nutren a la mente para que crezca. Formula la hipótesis de una madre capaz de contener y modificar las emociones que proyecta el lactante, facilitándole al niño la diferenciación de elementos conscientes de inconscientes. El lactante proyecta sus emociones incontrolables en el pecho bueno, continente, y le son devueltas desintoxicadas. Pero, si esta relación está demasiado sometida a la envidia, continente y contenido son despojados de su cualidad esencial (sentido y vitalidad). Entonces, los ataques permanentes vacían el espacio mental y lo colman de objetos extravagantes profundizando la natural vulnerabilidad infantil. La capacidad de ensoñación maternal puede ser introyectada y la madre en su función continente alivia al lactante devolviéndole purificadas sus proyecciones para que el bebé las integre a su sí-mismo. “La personalidad del niño por sí misma es incapaz de utilizar los datos de los sentidos y tiene que evacuar esos elementos en la madre, y confiar en ella para hacer todo cuanto sea necesario para convertirlos en una forma adecuada que le permita al niño utilizarlos como elementos alfa” (Bion, W.R., 1988, pág. 159).

Hay coincidencia en relación con el déficit que, en los intercambios del contexto, profundiza el desvalimiento inicial del infante; este queda quebrantado por las cantidades de los estímulos endógenos (del propio cuerpo, por entonces precursores de las pulsiones) que se producen debido a la ausencia de un adulto auxiliador capaz de leer su necesidad, descifrarla y operar en consecuencia. Falla el proceso que Bion denominó “*reverie*” por el que el niño realiza las “reacciones musculares” tendientes a comunicarle al asistente y lograr que este, a su vez, haga las “acciones específicas” mediante las cuales el infante “es capaz de consumir sin más en el interior de su cuerpo la operación requerida para cancelar el estímulo endógeno” (Freud, 1895).

La relación madre-padre-hijo en los primeros años de vida, que se ha caracterizado como “comunicación intersíquica” (Dolto, 1986), “constelación maternal” (Stern, 1991); “acción específica” (Freud, 1895), “objeto-proceso transformacional” (Bollas, 1989); “*reverie*” Bion (1988); “*holding*” (sostén y manejo) o “madre suficientemente buena”

(Winnicott, 1979) va condicionando los supuestos que el adulto que realiza la función maternal o paternal le atribuye al niño que cuida y cría. En el vínculo entre ellos participa aquello que le atribuyen a su hijo en forma consciente (lo que concluyen como resultado de su experiencia o saber) o inconsciente (representaciones internalizadas del bebé que ellas fueron, del que han construido internamente, de aquel que resulta el fruto del proceso de identificación) observables en el modo que asume la interacción madre-hijo, en la modalidad de cuidado y sostén que la madre privilegia.

El diálogo con las madres que asistí, cuando llevaban a sus niños a consulta pediátrica por dificultades somáticas, me fue mostrando que ellas y/o los padres de los niños sostienen un modo particular de empatía o reverie que se encuentra condicionada por las corrientes psíquicas prevalentes en la estructuración psíquica de los padres y por el concepto que ellos tienen acerca de lo que el niño piensa, siente y hace. Efecto que se explica mejor a partir del aporte que han realizado los teóricos de la mente: “Los humanos no solo tenemos una mente, sino que sabemos que los otros humanos la tienen. A esta capacidad mentalista humana se denomina “teoría de la mente”, que designa a la competencia de atribuir mente a otros, y de predecir y comprender su conducta en función de entidades mentales, tales como las creencias y los deseos” (Rivière, Nuñez, 1998).

Fue entonces cuando me pregunté qué significado tiene la crianza de un niño en el mundo interno de su madre. De qué modo los conceptos o ideas que la madre tiene acerca de lo que el niño piensa, siente, hace, determinan la modalidad de la interacción, de los cuidados maternos, de la función de reverie condicionando el desarrollo de su hijo.

Seleccioné las historias clínicas de niños en quienes los trastornos respiratorios precedieron a trastornos del dormir y la alimentación y jerarquicé la exploración de las representaciones mentales, ideas y pensamientos que las madres tenían en relación con la conducta del hijo por el que consultaban y los dividí en tres tipos generales de manifestación.

Denominé “ajuste mutuo” a aquellas díadas en las que el bebé es antes de nacer una relación; de “ajuste de la madre al niño”, para aquellos en los que él bebé es considerado “su majestad”; y de “ajuste del niño a la madre”, para aquellos casos en los que “su majestad” es la madre y el niño tiene que desarrollar la función de adaptarse.

Ajuste mutuo: “El bebé es una relación”

Las madres nos muestran y expresan que creen en la posibilidad de entrar en comunicación con su hijo, interactuar, establecer una relación.



Suponen que “se tienen que ir conociendo” y que en la medida en que el tiempo pase irán descubriéndose y descubriendo sus necesidades.

Describen en sus hijos diferentes niveles de interacción (con las distintas personas y en distintas situaciones: alimentación, sueño, baño, etc.). Consideran que su tarea es relacionarse, promover la interacción y que el vínculo de interdependencia dura toda la vida.

La modalidad de la crianza es de negociación ya que entienden que el bebé es un sujeto que trae lo suyo y que es ambivalente. Ellas afirman que tienen que comprender los mensajes del bebé, aquello que su hijo les quiere decir para ajustar su respuesta.

Entienden las crispaciones y alteraciones en la conducta de su hijo como el resultado del desajuste. Ellas manifiestan que no comprendieron a su bebé. Estas unidades diádicas no volvieron a consultar en el servicio por dificultades respiratorias agudas u otra de las relacionadas con el estudio (trastornos del dormir o de la alimentación).

Ajuste de la madre al niño: “Su majestad: el bebé”

La madre entiende que el bebé se conoce a sí mismo, conoce sus necesidades y se las hace saber para que ella se adapte, se ajuste y las satisfaga. Su ajuste se basa en la identificación de la madre con el “bebé” que ella ha sido. Su hijo representa el yo ideal. Consideran a su hijo como un ser sociable y simbiótico con el que tienen que desarrollar la tarea de procesar sus manifestaciones para conducirlo hacia la “dependencia madura”.

Suponen que es capaz de “hacer” cosas que producen en ella afectos (enojos, rabias, alegrías). Le atribuyen al niño una potencialidad mentalista excesiva como sujeto capaz de advertir y conocer los pensamientos maternos. Le atribuyen intencionalidad.

En este extremo sitúo a las madres que entienden que deben hacer el sacrificio de renunciar a sus propios intereses, deseos, afectos, en procura del bienestar de su hijo hasta que este crezca. Y manifiestan que ese sacrificio es reconocido por sus padres -abuelos del niño-, el padre del niño y luego será reconocido por el niño mismo.

Por ejemplo: Carolina a los tres años de edad comienza a dormir ocho horas por la noche. Habían consultado al servicio de pediatría por dificultades respiratorias agudas, por cierta resistencia a alimentarse y últimamente porque su madre manifestaba encontrarse agotada debido a que la niña no dormía. Sus padres la definen como una niña difícil, que tuvo dificultades para dormir, calmarse y alimentarse desde su nacimiento.

Con relación a sus ritmos, su madre expresa que ella hace lo imposible para que la niña lo pase bien. Que a ella también le cuesta adaptarse al ritmo de su esposo, del negocio y de sus actividades de pesca. A pesar de su esfuerzo, Carolina es caprichosa y llora, se enoja o se duerme sin cenar, “por nada”.

Desde su nacimiento ha sufrido el impacto de la irregularidad en la atención de sus ritmos primarios (alimentación, aseo, sueño); en las horas de vigilia se ha visto compelida a procesar la imposibilidad de satisfacer sus necesidades vitales que inundaban en forma traumática su aparato psíquico hasta llegar a fragmentarse en llantos y movimientos corporales espasmódicos.

Es muy difícil hacerse de la información necesaria para comprender qué sucede al momento de conciliar el sueño en esta familia, pero sabemos, por ejemplo, que la madre le habla a la niña diciéndole: “...hijo, quedate tranquilo, dormí, estás acompañado por tu hermana”, “...no se te pide nada más, solo que duermas”. En general, ella se refiere a sus hijas con el designativo “hijo” o “ya voy, madre”, “vení, madre”.

Carolina comenzó a dormir cuando los padres, agotados de escucharla llorar por la noche en la habitación contigua, generaban episodios de violencia, con amenazas y llantos. Carolina se asustaba, lloraba y gritaba sin consuelo hasta asfixiarse. Frente al temor de su padre -de que le pasara algo- o de su madre -que despertara a su hermana- finalmente decidieron que durmiera con la madre, el padre comenzó a dormir en la habitación contigua. La madre se ofusca cuando lo comenta refiriendo que ella ha hecho esfuerzos desmesurados para entender a Carolina y que la niña le pide demasiado -refiriéndose a dormir separada de su esposo-. El padre refiere que la madre de Carolina durmió con su madre desde la muerte de su padre hasta que se casó. Graciela, la madre de Carolina, finalmente le ofreció la modalidad apegada y adhesiva (respiratoria, motriz, pulsional) que ella compartía con su madre. Borrando las distancias entre el cuerpo propio y el ajeno.

A los tres años y tres meses de edad se le diagnostica diabetes durante la primera semana de las vacaciones de julio, tres meses después de que su hermana comenzara a caminar.

Ajuste del niño a la madre: “Su majestad: la madre”

Ubico aquí a las madres que consideran que ellas conocen a su bebé, saben lo que necesitan y que el bebé se adapta a las rutinas y modalidad de vida familiar (sueño, alimentación, higiene, etc.). Se basa en la creencia de la separación de los vínculos, de la autonomía vincular. A partir de la llegada a casa, el niño duerme en su habitación y es posible dejarlo llorar hasta que se calme para que no se vuelva dependiente de los brazos o de la presencia del adulto.

Entiende que su misión es socializar al niño para que alcance la independencia total.

Le atribuye al bebé aspectos que repudia de sí misma o del padre, en general, por su temor inconsciente a amar, a apegarse al niño.

En este extremo se sitúan las madres que piensan que el niño “tomará lo que ella le dé” y que el niño realizará el sacrificio necesario para adaptarse al sistema familiar hasta que su madurez le otorgue autonomía y obtendrá, así, el reconocimiento de sus padres.

Por ejemplo: Gaspar (1,5 meses) consulta al servicio un domingo a la noche con un cuadro respiratorio agudo, queda internado hasta el otro día. Sus padres manifiestan que el niño se encuentra prácticamente inadaptado. No duerme más que una hora corrida y se niega a comer debido a lo cual ha bajado de peso. En el inicio fue un bebé tranquilo, la madre lo manejó sin dificultades. Cuando comenzó a gatear, empezaron los problemas. La madre explica que ella está sola en la ciudad, no tiene familia, “también” le costó adaptarse y lo logró. No se le pide mucho al niño, ella se da cuenta y le va dando lo que él necesita, no le falta nada. Ellos quieren que duerma, que coma, que aprenda a entretenerse solo para que sea un chico independiente.

Explica que la pareja se conoció hace diez años. Trabajaban y vivían en ciudades distintas hasta que llegó él. Ella ha estado muy impactada por el embarazo y le ha pesado mucho decírselo a su madre. Todavía no ha superado la “vergüenza”. Ellos todavía no se han casado, viven juntos, “es un decir”, él está todo el día trabajando, ella intenta rearmar su actividad en la ciudad. Quieren mantener su autonomía, a ella le cuesta porque a Gaspar lo cuida ella. Gaspar deberá hacer como ellos el esfuerzo de adaptarse; la madre cree que “se da cuenta”; “le hablo y creo que me entiende pero no sé qué pasa, hago todo como me dice el médico”. Describe que su hermana ha hecho las cosas bien, se ha casado y luego ha tenido su hijo y ellos no tienen dificultades en la crianza.

En los dos últimos modelos desarrollados -en los que determinamos que quienes se ajustan son o la madre o el niño- nos encontramos, por un lado, con consultas reiteradas al servicio por problemas respiratorios a altas horas de la noche o en fines de semana. Por el otro, con consultas por dificultades para dormir e irritabilidad o trastorno de la alimentación con falla de crecimiento. Las madres que entendían que el bebé se conocía a sí mismo y ellas debían ajustarse a sus requerimientos como aquellas que entendían que debían traducirlos hasta que alcanzaran autonomía carecían de apoyo paterno, se sentían solas por diferentes motivos y lo expresaban.

La ausencia de soporte emocional es un factor que se constituye quizá en uno de los más significativos en lo que hace a la vulnerabilidad de la mujer. Si se trata de ingresar en estados armoniosos de empatía con su hijo e intentar comprender sus mensajes, descentrándose de su propia historia, se necesita de soporte emocional, de quien las contenga, auxilie, de quien las cuide.

Ellas manifiestan haberse sentido solas en relación con el estrés que les produjo el embarazo, el parto y ahora la maternidad. Las mujeres que se encuentran involucradas en relaciones insatisfactorias (con parejas que les producen daño físico o psíquico) se sienten impedidas de recibir los asesoramientos o explicaciones que procuramos darles. Expresan un tipo de “queja” con la que lamentan lo que les ha tocado vivir y sienten cualquier modificación de su situación actual imposible de llevar a cabo desde ellas. Nos muestran que hubiese sido productivo haber recibido ayuda terapéutica para ellas o para la pareja antes del alumbramiento.

Las mujeres que se encuentran solas para criar a sus hijos (maternidad adolescente, viudas, divorciadas, abandonadas por el padre del niño) suelen estar faltas de energía disponible para sostener la corriente empática; expresan su dificultad para sostener la maternalidad por lo cual concurren a dejar sus bebés al cuidado de los jardines maternos aunque no trabajen. Para todas aquellas mujeres que no tenían un soporte emocional adecuado y desarrollaban con sus hijos vínculos abusivos (por defecto o por exceso), dispusimos de un cuidado psicoterapéutico en el que ellas se encontraran con expresiones benevolentes que pudieran internalizar para mitigar algunas de las experiencias emocionales de sus vidas que les fueran útiles para maternar luego a su bebé.

El trabajo terapéutico con madres que tienen dificultades para interactuar con su hijo, ya sea por el efecto que producen en ellas los pensamientos y afectos que le atribuyen al mismo y/o por el estado de soledad o la ausencia de soporte emocional esencial, es necesario. El objetivo del encuadre es, fundamentalmente, aliviar el dolor psíquico, ayudarlas a resolver sus fijaciones internas y los conflictos cuya vivencia se repite y que les impiden resolver, en forma espontánea y flexible, las situaciones a las que las expone el maternaje de un bebé. Las intervenciones deben incluir aspectos educativos en el sentido de hacerle saber a la madre lo que su bebé o niño pequeño está capacitado para pensar, sentir, discriminar, hacer; qué ideas tiene de sí mismo el bebé y qué ideas es posible que tenga de sus padres. Ayudándola a comprender cómo se originó la idea de bebé, de niño y de hijo que ella tiene.

Las madres que en principio identificamos como “vulnerables” encuentran en el vínculo psicoterapéutico las bases para confiar en sus posibilidades y para enfrentarse al desafío que significa la ambivalencia amor-odio con recursos internos.



La clasificación que he realizado es meramente ilustrativa y fue realizada con el objetivo de agrupar a las díadas madre e hija y proceder al estudio de la problemática. Si bien algunas madres con sus bebés pueden permanecer sosteniendo una de las características, otras se conducen en los extremos o entre ellos por períodos, es decir, es posible que en el curso de la crianza oscilen entre una posición y otra.

La presentación de la clasificación realizada es a propósito de valorar la comprensión de desde qué lugar la madre piensa y siente a su hijo, cuáles son sus características subjetivas y cuáles las características del vínculo que la une al padre del niño. Dejamos a la luz que los vínculos familiares en los que predominan las relaciones abusivas surgen en contextos donde el maternaje se encuentra condicionado por la idea de que el bebé o niño pequeño “me hace”, “me exige”, se maneja con solvencia haciéndole hacer a la madre (acunar, dormir con él, etc.) y que es quien la agota, la cansa, “es mala o malo con ella”.

En tanto la violencia de la marentalidad por “dejadez” es característica del maternaje que tiene los deseos o intenciones de la madre por centro. Lo duerme cuando ella tiene sueño, lo alimenta cuando tiene hambre, lo abriga cuando tiene frío desconociendo las señales o intenciones del niño. Ella sabe y él aprenderá para hacer solo.

	AJUSTE MADRE	AJUSTE MUTUO	AJUSTE NIÑO
El recién nacido es un ser	Dependiente. Sociable. (Representa el yo ideal).	Es un sujeto que interactúa con el medio.	Presociable. Aún no discrimina. (Representa los aspectos repudiados).
Supone	Es el niño el que conoce sus necesidades y las de la madre.	Ninguno sabe del otro. Se conocen y aprenden en la interacción.	La madre conoce lo que él necesita.
Principio que opera	Identificación de la madre con el niño.	Intersubjetividad. Intrasubjetividad.	Separación de subjetividades.
Meta/tarea materna	Procesar los mensajes del niño para lograr una dependencia madura.	Interactuar para sostener la interdependencia.	Socializar al niño para que alcance autonomía.

2. Contexto de desarrollo-relación abusiva

Referimos con el término “contexto” al tipo de estímulos no llamativos ni tampoco nulos que el hogar, el espacio íntimo, invisten, contribuyendo a mantener la tensión vital a la vez que disminuyen la atención que el individuo dirige hacia la percepción. Así, por ejemplo, las pulsiones que se tramitan vía alteración interna, como la de respiración, la de dormir o curarse, que no exigen la consideración de un objeto, requieren de un contexto facilitador a propósito de apaciguarse. El contexto cumple así las funciones de neutralizar los estímulos del medio, funcionando a modo de purificador; constituye la coraza antiestímulo (Maldavsky, 1996).

Al constituirse el aparato psíquico, la libido inviste órganos y zonas erógenas; cuando el contexto (actitudes familiares) es intrusivo o desértico despierta magnitudes voluptuosas hipertróficas que ocupan el lugar de los registros sensoriales en lo anímico (Maldavsky, 1996).

Para considerar un trastorno de relación que involucra a un menor de tres años y su cuidador (madre o padre), la “Clasificación diagnóstica: 0 a 3” del *National Center for Clinical Infant Programs* (1998) considera que es necesario observar *la calidad conductual de la interacción*. Esta se refleja en la conducta de cada miembro de la díada materno o paterno infantil. Pueden encontrarse perturbadas la conducta del progenitor, la del niño, o ambas. La sensibilidad o insensibilidad en las respuestas a las señales del infante, la responsividad contingente o no contingente, la autenticidad del involucramiento o preocupación, la regulación, la predictibilidad y la cualidad estructuradora o mediadora del ambiente son conductas parentales que contribuyen a determinar la cualidad de la interacción. La respuesta aversiva, la evitación, el arqueo, el letargo, la no responsividad y el desafío son ejemplos de las conductas que los infantes pueden llevar a la interacción. El *tono afectivo* es el tono emocional característico de la díada, de afectos intensos, ansiosos, tensos, negativos en uno u otro miembro. Es significativo el efecto desregulador del afecto intenso y la incertidumbre que genera su aparición con la pregunta acerca de lo que puede suceder a continuación, por ejemplo la expresión funcional o somática patógena. *El involucramiento psicológico de las partes* se centra en las actitudes y las percepciones que los progenitores tienen del niño. La imagen que tienen los progenitores de lo que es la relación con el cuidador y que ellos han desarrollado a partir de sus propias experiencias en la temprana infancia, por lo general influyen sobre su modo de ver al niño y en lo que esperan de la relación. Aspecto este último que he desarrollado antes. La Clasificación diagnóstica manifiesta que si existe cualquier forma de abuso (por ejemplo, abuso verbal, físico o sexual), el diagnóstico de relación abusiva es prioritario sobre cualquier otro diagnóstico (trastorno del dormir, de la alimentación, etc.). 906. *Relación abusiva*.¹

¹ 906. *Relación abusiva*. El abuso puede ser verbal, físico y/o sexual. Los tres diagnósticos se refieren a formas específicas de abuso y son prioritarios respecto de los diagnósticos relacionales anteriores. ///

Las relaciones abusivas son aquellas que, enmarcadas en un contexto de desequilibrio de poder por acción u omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia. La relación debe ser crónica, permanente o periódica. Concepto que remarca la cuestión del desequilibrio del poder y señala que los ejes básicos están dados por el género y la edad. El concepto de abuso da cuenta de un plus, de una vivencia que es intramitable para el sujeto sobre quien el acto recae. La “violencia familiar” es una categoría descriptiva que implica un fenómeno multicausado (Alvarez, L., 1992). En el caso que analizaremos es posible considerarla como una categoría de la interacción en la que el “otro” queda sometido a una situación de indiferenciación; en tanto no le es posible procesar, discriminar, explicar lo que está viviendo.

La madre opera defendiéndose de la existencia del niño a criar como individuo separado de ella y, en tanto esa defensa es excesiva, se transforma en abusiva para el hijo que cuida. En el acto abusivo se pierde lo familiar que caracterizamos siguiendo a D. Maldavsky (1996, ob.cit.) como el ámbito en el que predominan la ternura y las prácticas rítmicas (rutinas, acunamiento, etc.).

/// Si se aplica uno de ellos, el clínico debe tomarlo como diagnóstico relacional primario y, a continuación, caracterizar el patrón general habitual de la relación utilizando una de las denominaciones anteriores (por ejemplo, subinvolucrada, colérica/tensa, etc.). Debido al nivel de severidad y persistencia de las conductas abusivas, basta un rasgo descriptivo de la cualidad conductual de la interacción para aplicar este diagnóstico a cualquier forma de abuso -desde luego, puede haber más de una.

906a. *Relación verbalmente abusiva*. Incluye un contenido emocional abusivo severo, límites confusos y control excesivo.

A. Cualidad conductual de la interacción

1. El contenido del abuso verbal/emocional del progenitor tiene la intención de menospreciar, culpar, atacar, controlar en exceso y rechazar al infante o deambulador.
2. Las reacciones del infante o deambulador pueden variar ampliamente, desde la constricción y la vigilancia hasta conductas severas de *acting out*. (Esta variación depende de los contenidos proyectivos del progenitor y del temperamento y nivel de desarrollo del infante.)

B. Tono afectivo

1. La naturaleza negativa, abusiva, de la interacción progenitor-infante puede ser reflejada en el afecto deprimido, desregulado y/o serio del infante.

C. Involucramiento psicológico

1. El progenitor puede interpretar mal los llantos y los gritos del infante, considerándolos reacciones negativas deliberadas respecto de él. Esta mala interpretación puede quizá observarse en el contenido verbal de los ataques del progenitor, que reflejan problemas irresueltos en sus relaciones críticas anteriores.
2. El *input* proveniente del infante puede remover experiencias tempranas dolorosas, como en el caso de una madre que no responde al llanto del infante debido a sus propias experiencias de desatención o que se siente inadecuada o indigna cuando no es capaz de consolar a la criatura. A menudo esta conexión no es consciente.

National Center for Clinical Infant Programs, (1998), “Clasificación diagnóstica: 0 a 3”, *Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*, Paidós, Buenos Aires.

Gutton (1993) desarrolla el concepto de ambivalencia como afecto normal que acompaña a la preocupación maternal primaria. Libido y agresividad se encuentran presentes en forma simultánea en la relación entre una madre y su hijo debido a los afectos intensos que allí se juegan. Debe entenderse que el predominio de la agresividad disuelve los vínculos, los ataca. En los dos grupos extremos que he descrito es observable que el vínculo se encuentra impregnado por el imaginario materno que activa doblemente (en tanto madre y en tanto hija) el mecanismo de identificación, por un lado y por otro, las representaciones mentales (ideas, pensamientos) que la madre se ha construido del niño (sean o no percepciones distorsionadas por psicopatía de la madre o por incurrir en errores cognitivos) y que coloca al hijo tanto en la posición de quien, exigiendo a la madre que ocupe la posición de “objeto”, resulta “objeto” de su madre. También de quien, constituyéndose en el “sujeto” que sabe de sí mismo y de los otros, debe adaptarse ocupando el lugar de “objeto” de los adultos con quienes vive. Desde distinto lugar es objeto de satisfacción y continente de las pulsiones agresivas de sus progenitores.

Las necesidades del niño (alimentación, sueño) no son reconocidas como tales, el niño queda desinvertido como sujeto, la modalidad vincular asume la característica de las relaciones abusivas descritas en la Clasificación diagnóstica.

3. Desarrollo clínico

Relaciones emocionalmente abusivas: expresiones funcionales y somáticas patógenas

El abordaje clínico de niños menores de tres años que padecen trastornos psicossomáticos enfrenta al médico a las urgencias impuestas por dificultades puntuales y perentorias, que se agudizan merced a las exigencias de los padres. En general, el psicólogo hace su aparición en la escena cuando la repetición de la dolencia no halla sus fundamentos en la clínica y el médico observa que el niño, los padres o el vínculo dan cuenta de la existencia de conflictos.

Un niño pequeño que padece de trastornos somáticos o funcionales a repetición es considerado en el marco de la entrevista psicodinámica en la relación triangular que forma con sus padres y el terapeuta. Se constituyen en datos los síntomas -la dolencia- del niño y las modalidades de su funcionamiento mental, los fenómenos de interacción que caracterizan la relación del niño con el contexto en el que vive y la personalidad de sus genitores.

Es observable en los niños menores de tres años que las expresiones somáticas patógenas surgen en el terreno en el que ya han tenido lugar expresiones funcionales patógenas, entre las cuales son frecuentes los trastornos del sueño, del apetito y digestivos, sea relacionados con la incorporación o eliminación.



Consideramos “expresiones somáticas o funcionales” infantiles a aquellas que sobrevienen en condiciones tales que los factores psíquicos o conflictuales pueden explicar su determinismo o desarrollo, dando lugar así a estas manifestaciones.

Como desarrolláramos, las observaciones clínicas realizadas de los vínculos entre niños con afecciones psicósomáticas y sus madres describen una madre sobreinvolucrada, hiperpresente o subinvolucrada, hipoestimulante, invasiva o desértica, para quienes la *reverie* o empatía se encuentra determinada por representaciones mentales y afectivas que condicionan la función de *reverie* o el desarrollo de empatía.

El trabajo con Laura, una niña a quien observé durante su primer mes de vida y cuyo crecimiento seguí hasta los tres años nos permitirá hipotetizar acerca del enlace existente entre las funciones del contexto y la modalidad que asumen la expresión funcional y somática.

Sintetizaré el funcionamiento del contexto de desarrollo, algunos movimientos clínicos, con el objetivo de aportar a la comprensión de los sufrimientos de expresión somática y/o funcional desde el inicio de la vida. El caso seleccionado aporta conocimiento en relación con la importancia de considerar la modalidad vincular y específicamente la “relación abusiva”, brindando la atención clínica necesaria al paciente y sus padres frente a motivos de derivación tales como trastornos somáticos, del dormir, de la alimentación en niños pequeños.

El padre de Laura, Enrique, tiene, al momento de la primera consulta, veintidós años, es muy afectuoso con sus hijos, trabaja varias horas o días fuera de su casa. Su madre, Ana, una mujer de treinta años, es en extremo apegada a su padre; muy ambiciosa, obsesiva por la limpieza. Duerme con un aparato en la boca para evitar lastimar su dentadura ya que sus dientes rechinan por la noche. Manifiesta que no le gustan los chicos y “mucho menos perder tiempo con ellos”. Ana expresa que ella esperaba otro varón, no quería tener nenas. Le costó mucho asumir el sexo de su hija; además, Laura lloraba tanto y sin consuelo que ella entraba en estado de pánico y tenía miedo que su hija muriera. Cuando nació la niña, la pareja tenía un hijo varón de tres años de edad.

Laura pesó 2,600 kg., nació por cesárea al igual que su hermano; el parto presentó complicaciones puesto que se adelantó debido a la alta presión soportada por su madre, que colocaba a ambas en riesgo. Estuvo en la incubadora y permaneció allí veintidós días porque padeció una infección generalizada. Fue alimentada por sonda hasta que, diez días después de nacida, comenzaron a alimentarla con mamadera. Solo

aceptaba el alimento si se lo daban acostada en la incubadora y no la tocaban. Era muy difícil calmarla y las enfermeras le sujetaban el chupete con cinta adhesiva.

Por entonces, yo realizaba dos horas diarias de “observación de prematuros” y de varios de mis registros, con pocas variantes, surge: “Laura llora. Parece no percibir que la enfermera la toca y le acomoda las sondas; la cambian de posición; sus músculos se contraen (¿pánico?); aprieta los puños; abre los brazos; vuelve a colocarse en posición dorsal, mirando hacia arriba; abre y estira los brazos; grita aún más fuerte. La enfermera le coloca el chupete, grita, se le cae. La jefa de enfermeras le sostiene con una cinta con pegamento el chupete; llora y chupetea. Comienza a chupar por unos minutos más, respira agitada y con congoja. Suspira. Cuando parece que va a dormirse, la enfermera se acerca, dice “pobrecita” y coloca un paño retorcido alrededor de ella, modelando una suerte de útero. Laura percibe que la tocan y se fragmenta nuevamente. Parecen “trozos de Laura”. El cuerpo se agita sin orden alguno, se contrae, llora”.

La primera vez que atiendo a Laura en el consultorio tiene nueve meses. Los deriva su médico pediatra debido a que es muy difícil calmarla; casi no duerme, tiene dificultades para conciliar el sueño y lo interrumpe varias veces durante la noche. En relación con la alimentación, solo come acostada y nadie puede tocarla porque entra en un estado de “berrinche” sin consuelo. Le han indicado papillas porque vomita mucho y tiene un peso muy bajo para su edad. Cuando come los sólidos, si percibe algún trozo más grueso hace arcadas y vomita. Por entonces, su tamaño es muy pequeño, parece un bebé de tres meses.

Pude percibir el estado desconectado o apático de la madre, que solo lograba conectarse, en forma casi maniaca, para llevar a la niña al médico y a que se le realizaran estudios.

Ana se mostraba enojada, malhumorada, tensa; decía que no logró dormir desde que la niña nació, en tanto la acomodaba, le secaba la baba, le arreglaba el moño que la niña tenía sobre su cabeza, le acomodaba las medias. El papá me miraba, relataba el historial médico de Laura y se angustiaba, sus ojos rojos y brillantes, su voz quebrada se reconocía impotente frente a la situación. Laura rompió en llanto, su madre comenzó a mecerla velozmente, ella se calmó, el padre intentó frenar el carrito para alzarla, la madre enojada le dijo: “Déjala que se tranquilizó”, la niña lloraba. Intervengo. Tomé un títere, un pato colorido con ojos grandes, lo moví, fui hablando a la vez que lo movía, ella se tranquilizó, lo miró. Mientras movía el títere con diferentes tonos de voz me dirigí a Laura ordenándole “su historia”, es decir la historia que ella había escuchado de boca de sus padres. Fui mostrándoles el mensaje que ellos develaban articulando lo que verbalizaban con lo que expresaban con



el cuerpo. Procuré consolarlos “maternalmente” diciéndoles que comprendía cómo se sentían, que todo había sido muy difícil hasta ahora.

Laura miró a su mamá; mostré a Ana el interés que su hija mostraba por ella, cómo la buscaba con la mirada. Ana se distendió.

Los asesoré informándoles que la regularización del sueño dependía de las actividades diurnas de la niña. Les mostré que, por sus características personales, Laura era una niña que se defendía del contacto. ¡Hay que ir despacio!

Expliqué a Laura que iba a acariciar con el reverso de mi mano sus piernas y sus brazos. Lo hice, al inicio la beba estaba tensa; se relajó progresivamente. Fui tocando su espalda y le expliqué, sentándola, que era así como ella debía comer. ¡Recostada te ves como en la incubadora, así estás mejor!

Le dije a Ana que ella sentía mucha furia cuando no podía calmar a su hija o entre tenerla, que cuando se le hiciera pesado buscara un relevo; indicación que tuvo por motivo hacer que la niña no absorbiera los estados negativos de la madre.

Al año y seis meses concurrieron a la consulta debido a que la niña expulsaba los alimentos inmediatamente después de ingerirlos. No masticaba, ni intentaba realizar con su boca movimientos tendientes a formar el bolo alimenticio.

El médico la envió a realizar estudios, en los que se observó una sombra en el esófago, la derivaron con urgencia a un centro de diagnósticos. Allí observaron que durante los siete días de internación la niña no vomitaba la comida, no la rechazaba, más bien la aceptaba con agrado. Concurrieron a consulta por espacio de tres meses, con una frecuencia de dos y una vez por semana; el síntoma desaparición, pero la niña volvió a dormir mal.

A los tres años de edad consultaron por última vez. Laura era una niña menuda con ojos sobresalientes y muy grandes, parecía devorarlo todo con la mirada. Hablaba muy despacio, en tono bajo. No jugaba sola ni acompañada; no le interesaban los osos ni las muñecas. Miraba cómo jugaba su hermano, las actividades que él realizaba en la computadora o los programas de TV que, en general, elegía su madre. Ella la definía como una niña caprichosa y manifestaba que se le hacía muy difícil vivir con ella. Se alimentaba mal y comía poco, solía dormir muy mal, despertarse repetidas veces por la noche o no conciliar el sueño. Siempre estaba sobre el cuerpo de alguien, lo que molestaba a su

madre, quien manifiesta, además, que la niña se separaba de ella con mucha dificultad. En el jardín casi no se vinculaba con los pares, no jugaba. La docente que la asistía comentó que la niña miraba y a veces, cuando nadie lo esperaba, participaba.

Sus padres la trajeron a consulta, nuevamente derivados por su pediatra, debido a que dos meses después de consultar por última vez manifestó bronquitis y broncoespasmos, diagnosticándosele hiperreactividad bronquítica. Al momento de esta nueva consulta, cuando no tenía dificultades respiratorias manifestaba picos febriles sin causa aparente. La fiebre duraba 48 horas y desaparecía. Se le efectuaron estudios de todo tipo, isopados y placas. Su madre habló cuarenta y cinco minutos de los diferentes estudios, especialistas, horas en sala de espera, etc., sin referirse ni describir el estado general de su hija.

Laura, tres años, concurrió a la consulta muy arropada, casi no se la veía. La madre le preguntó si me recordaba; me presenté y le expliqué que me había mudado, que ella no conocía este consultorio. Ayudé a su madre a desabrigarla. Ahí estaba, muy pálida, delgada, frágil. Solo unos grandes ojos celestes que me miraban intencionalmente. Sus gestos eran hostiles.

La invité a conocer el espacio de la Clínica en el que hay otros varios consultorios, en ese momento desocupados. No me contestaba pero me seguía. Pareció gustarle uno de ellos, y le dije: "Con tu cara parece decirme que este es el lugar que más te gusta, ¿nos quedamos aquí?". Aceptó y yo le hice una síntesis de la visita de su madre expresándole que suponía que ella, como su familia, estaba muy cansada de tantos médicos y remedios. Le pregunté si quería quedarse conmigo en la sala o prefería que su mamá también se quedara. Tomó a su madre de la mano; permaneció quieta, me miró; observó la sala y se detuvo en los redoblantes. Me acerqué, percibí golpes de timbres diferentes, de poca intensidad sonora (suave) -Ta, ti-; le di una baqueta (palillo) y se acercó al otro redoblante. Tocó, imitó mi motivo; se rió; completó el mismo con un carácter distinto; se sonrió. Sus grandes ojos azules me decían que siguiera. Le pregunté: ¿Otros? Respondió con un gesto afirmativo; realicé una frase "ta, ta, tata, ta". Me imitó, luego buscó responderme o completar mis frases con otros movimientos rítmicos espontáneos. Así transcurrió una sesión en la que mi cometido no fue más que conducirla a que me percibiera y me respondiera y mostrarle que podía percibirla y responderle.

Madre e hija concurrieron juntas a la segunda entrevista; me entregaron una baqueta y fuimos a los redoblantes. Laura golpeó; le contesté; retomó las frecuencias rítmicas de la entrevista anterior, nos reímos. Invertí la situación dejando que ella llevara la delantera. Traté de percibir sus intenciones y completé sus frases musicales, a las que acompañé

con voces. Laura se reía y miraba de reojo a su madre que estaba ahí, emocionada. Al despedirnos intervine describiéndole a Laura cómo me había sentido y cómo la había percibido; describí la forma en la que ella pudo separarse de su madre en el espacio de la sala y de mí manejando los espacios y los silencios de sus ritmos y cuánta risa le producía ese juego y esos espacios que iba descubriendo para ella.

En la tercera entrevista el juego abreactivo abrió el camino del encuentro con el otro.

Ingresaron a la sala. Laura tomó los palillos. Luego miró hacia arriba, vio una muñeca, dejó los palillos y me la pidió. Nos invitó a jugar, tomó la muñeca, le di el moisés, me preguntó si tenía olla y cuchara. Se las di. Invitó a su mamá a cambiarle el saco al muñeco. La madre, incómoda, la ayudó sin ganas diciéndome: “No me gusta jugar con los chicos. Vos sabés, no me gustan los chicos; no me gusta perder tiempo, por eso ella juega con los abuelos. Yo se la doy a mi papá, él tiene paciencia. Además, Laura son sus ojos”. Laura la miró. Parecía que se la iba a “comer”. Le dije: “Laura, escuchaste a tu mamá y parece que te la vas a comer con la mirada. A lo mejor entre vos y yo le podemos mostrar a tu mamá que se puede reír mucho y relajar jugando con vos”, e invité a su mamá a jugar. Lo hicieron en una actividad que tomó el tinte de las despedidas permanentes. Laura le mostraba a su madre el ritmo en el que vivían y su ausencia de lugares (“A ver nena, dale un beso a tu papá que se va a trabajar”, “Dale la comida a la nena que tengo que ir al banco, pero no se lo digas”); de las corridas hogareñas (“Apurate que llego tarde”, “No te ensucies que tengo mucho que hacer”, “Dor - mí, que mamita está cansada”, “No comás; esperá a tu hermano”).

El juego que Laura desarrolló junto a su madre causó el efecto para que Ana comprendiera cómo los ritmos de Laura eran el resultado de las circunstancias cotidianas de ella. Si tenía que limpiar y organizar la casa, alguien se llevaba la nena, aunque Laura quisiera quedarse en su casa. Los horarios de sueño, como de alimentación, dependían exclusivamente de las circunstancias laborales de sus padres o escolares de su hermano, del cansancio o el estado de salud de otros.

En ausencia del marido, Ana dormía alternativamente con cada uno de sus hijos y con la niña, fundamentalmente, cuando estaba con broncoespasmos por temor a no escucharla “...Si se queda sin aire”. Ella dijo ser muy miedosa, pero la tranquiliza saber que su papá “tiene radares, no orejas” y que con un golpecito en la pared de su dormitorio “él venía”.

A poco de andar pudimos correlacionar las fiebres de Laura con la partida de su padre para trabajar en Buenos Aires los lunes a la madrugada, y el insomnio con la

preocupación porque él partiera sin que ella lo supiera; a una suerte de control del movimiento familiar, a la vez que manifestaba la inseguridad que le producía quedarse sola con su madre en casa.

En otras entrevistas Ana dijo que ella había sido la preferida de su padre hasta el nacimiento de Laura, y que ahora, tanto para su padre como para su marido, la niña “era todo”.

Por entonces Laura se despertaba durante toda la noche, se movía mucho en la cama, soñaba hablando en voz alta o baja. Cuando tenía fiebre, llamaba toda la noche; si dormía, decía que soñaba cosas feas; pedía agua; quería ir al baño.

El hecho de que pudiera hablar de sus pesadillas, de que las sombras se transformaban en brujas me dio pie para trabajar con Ana y Laura sobre la historia del desencuentro entre ellas, sobre el sentimiento de decepción de Ana cuando se dio cuenta de que Laura le dificultaba el terreno para ser madre de una nena.

“Tu mamá dice que hizo muchos esfuerzos para entenderte, que nunca sabe lo que querés, eso indica que ella ha hecho sus esfuerzos pero hay mensajes tuyos que tu mamá no entiende”.

Me impuse como meta clínica mostrarle a Ana por qué le era necesario exponer a su hija a sucesivos estudios y medicamentos como forma de constituirse en “madre de Laura”. Los medicamentos, los estudios, la rapidez con la que “volaba” al médico se constituían en formas de sustituir su presencia más inmediata. Esta última tarea tomó como punto de partida, fundamentalmente, el amor que ella tenía por su hija y el vínculo que las unía; la invité a venir a una entrevista.

Ana concurrió a consulta. Una vez más la inició describiendo su desborde actual. Interrumpió suspirando. Le expliqué que la imposibilidad que ella tenía para comprender los mensajes de Laura debían relacionarse, seguramente, a que la niña tenía para decir algo insoportable, estaba desbordada en sus posibilidades expresivas. El exceso que la niña experimentaba evidentemente le dificultaba la expresión. En tanto a ella, todo lo que le pasaba a su hija, en cuanto a las manifestaciones afectivas y orgánicas, parecían resonarle de manera tal que le hacían también imposible percibir a Laura en una situación insoportable.

Referí que era posible que la experiencia insoportable que ella vivenció en los momentos en los que tuvo alta presión fuera similar al estado actual en el que primaba



la intolerancia que su hija tenía en ese momento en el que, como ella, parecía estar acosada desde adentro por las dificultades orgánicas. *La situación que ella había atravesado y su hija vivenciaba en ese momento era compleja, fundamentalmente, porque no resultaba fácil pedir ayuda.*

Le mostré que en el transcurso de su matrimonio ella había estado en otras situaciones difíciles e insostenibles en las que tampoco había podido pedir ayuda y que habían venido desde el exterior, y fundamentalmente en relación con la familia de su marido; que le produjeron desenfreno y que debían levantarle la presión. Sobre todo lo que ella supone que su suegra pensaba de ella, de la forma en la que ella se había ganado el espacio dentro del concierto de la familia e incluso de la forma en la que ella pensaba que su suegra le “hacía la cabeza” a su marido.

A los seis meses de iniciadas las consultas Laura tenía altos los niveles de colesterol, se quejaba de dolor de panza y de piernas. Cuando los abuelos maternos se fueron de vacaciones, sufrió una inflamación intestinal severa.

Para Laura, salir, que alguien saliera, parecía constituirse en una especie de referencia de lo catastrófico. Que alguien saliera, que se fuera su padre, los abuelos, la familia de vacaciones era catastrófico; “el salir” era vivenciado como catastrófico. Vivencia que podemos ligar a la modalidad del parto y el posparto inmediato, así como también debe corresponder al valor que tiene para la madre el desplazamiento espacial. Ana hacía mención reiterada de la forma en que la paralizaban las enfermedades de Laura “Hace tres fines de semana que me la paso adentro con esta nena que tiene fiebre. Con este frío me quedé adentro y por eso no pude salir”.

El hecho de haberle verbalizado a la madre la experiencia compartida con su hija de excesos insostenibles la movilizó a aceptar mi sugerencia en relación con que, junto con los sentimientos de injusticia que surgen a causa de la modalidad vincular que la une a la suegra, parecen aparecer celos relacionados con que cuando conoció a Enrique él era un jovencito que necesitaba de ella sostén, que ella lo criara. Ahora el “jovencito” ocupaba lugares y se desempeñaba socialmente sin su cuidado; con lo cual ella debía sentir que se le estaba “yendo de las manos”; pero ella solo parecía poder expresar sentimientos furiosos en el sentido del “sacrificio que tenía que hacer viviendo sola ahora que él está ausente durante cinco días”.

Laura es una niña que tiene posibilidades y de hecho ha utilizado mis intervenciones y, a partir de ellas, ha modificado la forma de relacionarse con su madre, imponiéndole otras lógicas. Cuando despejé las variables necesarias para que ella y su madre se entendieran, comenzó a mostrar los celos que tenía hacia su hermano, sobre todo con

respecto a la madre y pudimos trabajar acerca de la diferencia de edades y de género que ella tenía con su hermano. En el transcurso de las entrevistas fue observable que iba y venía un tipo de relación de apego -desconectado de los avatares emocionales y afectivos del otro- de Laura con su madre y con todo el linaje materno; apego que le impedía desarrollarse debido a la energía que necesitaba para mantener todo bajo control. Era un tipo de apego reactivo de aquel primitivo, que considero no pudo desarrollarse debido al desencuentro inicial.

Conclusiones

Los estudios realizados en pacientes con patologías psicosomáticas nos han abierto nuevos interrogantes en función de la relación que es posible establecer entre la modalidad que asumen los lugares que los padres han ocupado en sus respectivas familias, el que le asignan a sus hijos, la calidad de reverie materna y paterna en relación a los niños y los trastornos tempranos en la psicodinámica infantil (sueño, alimentación, etc.) que anteceden a otros trastornos psicosomáticos, más complejos, por alteración de los ritmos biológicos.

Como he expresado en el inicio, considero -siguiendo a Kreisler y otros- que la patología psicosomática designa los desórdenes orgánicos, lesionales o funcionales, cuya génesis y evolución admiten una participación psicológica prevalente. El objeto de esta clínica lo constituyen aquellas enfermedades físicas en cuyo determinismo o evolución influyen factores psíquicos o conflictivos. Luego, en el curso de las enfermedades, los factores psicológicos que consideramos secundarios producen con las enfermedades orgánicas una red compleja de interferencias recíprocas (Kreisler, 1990, ob. cit., pág.16).

De la historia de Laura, su madre y el concierto de la familia, es posible deducir que los trastornos orgánicos que la han afectado sobrevienen en condiciones psíquicas o conflictuales que pueden explicarse por sí mismas; es por ello que los diferentes profesionales que la asistieron consideraron que sus dificultades eran de naturaleza psicogenética y en sucesivas oportunidades los han derivado a consulta.

La fragmentación de la niña toda vez que recién nacida no lograba consolarse, su dificultad para calmarse y recibir la contención adulta, su imposibilidad para conciliar el sueño, el rechazo sistemático a las diferentes formas en las que le administraban el alimento -sin tocarla y acostada-, como el rechazo posterior a los alimentos sólidos, no hacen más que mostrar el terreno sobre el que se instalan posteriormente los trastornos respiratorios y se obtura su potencialidad de imaginar, fantasear, crear y jugar.



Laura nace en un contexto en el que tienen lugar severas conflictivas familiares e individuales de los padres que sostienen vínculos patógenos entre ellos y con sus progenitores. Enfermedades psicósomáticas, adicciones, actos violentos, mercantilización de los vínculos; caracterizan el contexto en el que Laura se desarrolla. La especulación, acto que incluye a la entrevista misma, la referencia a números -medicamentos, análisis, costos, cantidades económicas de negocios familiares- que no se pueden humanizar. La palabra que es proferida con el cuidado de quien quiere ajustarla a lo que el interlocutor espera da cuenta del creciente esfuerzo de sobreadaptación que la familia realiza.

El nacimiento inducido, debido al incremento de presión arterial materna, generó en ambas un estado insoportable; la apatía que se conjugaba en Laura bebé con la resistencia a ser “tocada”, “calmada” o “sostenida” por el adulto; la decepción de la madre y el fantasma de que la niña ocupara su lugar le dieron a Ana la oportunidad de constituirse en madre de su hija mediante cuidados médicos y medicamentosos.

Desde el inicio de su vida la pulsión visual aparece como hegemónica. La vista y la actividad expresiva de su mirada son centrales y dirigen la apertura de sus posibilidades de comunicación. Laura no utiliza la mirada en vacío, siempre se dirige a la subjetividad del otro, manifiesta direccionalidad, incluso indicando al otro que realice un movimiento, con su mirada. En el transcurso de las entrevistas pude observar también cómo, a través de la mirada, ella expresa su furia frente a actitudes violentas de su madre.

La mirada de Laura parece, entonces, tener dos valores: uno, la incorporación del objeto: “lo come con la mirada” y el segundo, cuando la mirada funciona como acto: “me lo pidió con la mirada”, “la mató con la mirada”, “excluyó con la mirada”, distintas formas de mirar que tienen el valor de actos tienen por objetivo apoderarse de la motricidad del otro. Son miradas mudas, pero a la vez elocuentes. Laura condensa en su mirada lo que su motricidad no puede desplegar de otra manera.

Esporádicamente cae en atonía depresiva, probablemente como defensa a la intromisión violenta de la madre, la que anuncia la aparición de los broncoespasmos o de las crisis febriles, que profundizan el desfallecimiento. Asocio esta expresión a los momentos en los que predominan en ella estados furiosos a consecuencia de la imposibilidad de procesar los excesos provenientes del afuera.

A consecuencia de la irregularidad de los ritmos primarios producidos por un contexto deficitario (madre presente pero psíquicamente ausente que no puede comprender las deman-

das de la pequeña), la percepción visual aparece cumpliendo la función de defensa. Así, cuando los niños no se fragmentan como resultado de la magnitud de sus necesidades y la imposibilidad de satisfacerlas, devoran y trituran con la vista los afectos y los actos de las personas que los rodean, requiriendo de un tiempo prudencial para conectarse. La percepción visual es sobreinvertida a modo de defensa; como una forma de protegerse para no quedar arrasado por núcleos autistas (Roitman, C., 1993) o, en su caso expresar a través del soma la desorganización psíquica.

En Laura, tal como he llevado la síntesis clínica del trabajo terapéutico en el apartado que antecede, el intento de calmar la tensión endógena y exógena por medio de un “acontecimiento somático” halla, a mi criterio, su causa no ya en la “desorganización regresiva momentánea del aparato” sino en la “no-organización del aparato” debido a la no-integración de experiencias primitivas y tempranas que se encuentran garantizadas por el establecimiento de la reverie materna o paterna; generando en la niña el síndrome Temprano, caracterizado por insomnio, anorexia e hipotonía/hipertonía. Cuando las incitaciones adquieren -por déficit o exceso de intromisión del contexto- un carácter desorganizante, el desarrollo se vuelve desarmónico y “puede incluir desde el principio un componente somático” (Kreisler, L.; Fain, M. y Soulé, M., 1990).

José Fischbein (1998) sugiere la idea de nominar “acontecimiento somático” toda vez que lo psíquico y lo somático se encuentren en un estado de no integración, de escisión. El acontecimiento psicósomático surge cuando el yo no puede representar ni procesar los estímulos que llegan desde el soma o desde la realidad. El aparato psíquico claudica en su intento de procesar estados de conflicto o tensión y el cuerpo responde produciendo un “acontecimiento somático.”

El déficit cualitativo y cuantitativo del contexto, que se manifiesta en la modalidad que asume el apuntalamiento, tiene consecuencias directas para el funcionamiento mental primario y para la vulnerabilidad del desarrollo psicósomático. El insomnio primario, los trastornos de la alimentación, los fallos en el crecimiento, las dificultades para calmarse o autoconsolarse son un ejemplo. Kreisler (1977) considera el insomnio primario y el cólico de primer trimestre como ejemplos de respuesta somática a situaciones conflictivas que se producen en relación con el contexto, específicamente con incitaciones contradictorias y violentas, solicitud exagerada y otras conductas inadecuadas.

Kreisler, Levobici y otros han referido que las condiciones etiológicas psicodinámicas de producción de las expresiones somáticas abandono o maltrato, frustraciones precoces y graves en el medio familiar, personalidades parentales patógenas, graves



fallas en la función materna, madre presente pero psíquicamente ausente, dolor físico intenso producido por la presencia de otra enfermedad física, inestabilidad de la custodia, rivalidad ente la madre y otros cuidadores, etc.

Es necesario, además, destacar que las expresiones funcionales o somáticas de Laura se caracterizan por la “repetición”. La tendencia a la “repetición” surge *a posteriori* de una situación traumática. La función motora asume en la repetición la catectización de la pulsión de muerte adaptando la forma de automatismo repetitivo; aspecto que se suma a la desligadura de las zonas erógenas primarias por ausencia de “apuntalamiento”.

Es común que las expresiones respiratorias aparezcan asociadas con dificultades del niño para dormir o despertar, para alimentarse o calmarse o sean su antecedente (Kreiser, ob. cit.). Los niños que padecen patologías respiratorias se desbordan fácilmente por acontecimientos difíciles; suprimen la agresividad y niegan los conflictos como forma de defensa. Quienes lo han explorado consideran también la existencia de trastornos funcionales del sueño y la alimentación allí donde ha acontecido un déficit en el contexto de crianza, “un disfuncionamiento en el seno de una entidad más compleja: la díada, estructurada progresivamente por la relación madre-hijo. Como cualquier síntoma, es una solución de compromiso que permite el equilibrio, pero también una expresión y un llamado”(Kreiser, L.; Fain, M. y Soulé, M., 1977).

En la presentación del trabajo referí la conexión existente entre las expresiones funcionales y somáticas patógenas y la relación que sostienen la madre, el padre y el niño. Cómo la empatía o *reverie* materna se encuentra condicionada por las corrientes psíquicas prevalentes en la estructuración psíquica de sus padres y aquello que le atribuyen a su hijo en forma consciente (resultado de su experiencia o saber) o inconsciente (representaciones internalizadas del bebé que ellos fueron, del que han construido internamente, de aquel que resulta el fruto del proceso de identificación).

De los fragmentos clínicos expuestos nos es posible hacer una conexión estrecha entre las cuestiones celotípicas y paranoicas de la madre y la desconexión de la hija y correlacionar los episodios de broncoespasmos con la violencia de una madre ofuscada y celosa. Es observable una relación clara entre situaciones de violencia familiar y los sentimientos de injusticia, con el insomnio padecido por Laura, debido, fundamentalmente, a que estas situaciones no garantizan la interacción adecuada para la producción del sueño (plenitud, flexibilidad, estabilidad). Los sentimientos de injusticia quedan sofocados durante el día, sufridos pasivamente y se hacen activos por la noche. Al hecho de que la madre durmiera con un aparato en la boca para evitar lastimar

su dentadura porque sus dientes rechinaban por la noche se lo puede correlacionar con la sensación de humillación y vergüenza a la que ha quedado expuesta, reiteradamente, frente a sus suegros.

Las características de la madre de Laura, las circunstancias vitales que le impone el contexto, la experiencia de haber tenido adherido a su boca el chupete en el momento en el que estuvo alejada de su madre son útiles al momento de inferir los motivos determinantes de la cerrazón de garganta que experimentó toda vez que no quería comer o expulsaba los alimentos sólidos; o bien para explicar los espasmos bronquiales que impedían el ingreso de la columna de aire. Diferentes estudios señalan que los niños suelen experimentar cerrazón de garganta cuando quien los alimenta es una madre muy violenta, que se debate en sus fantasías por animar la vida de su hijo o hacerlo desaparecer, niños que se sienten víctimas de la violencia materna. Violencia que remite al “desencuentro temprano” que produce el hecho de no encontrar adecuación posible en la interacción de la díada por los motivos que he desarrollado.

Los niños sufren el abrumamiento provocado por el dolor que produce la ausencia de “lo conocido”, el impacto de la oposición entre la belleza “visible” y la desazón que emerge del interior de la madre (Meltzer, 1990). Maldavsky (1997a; 1999) precisa el término belleza como el encuentro armónico entre elementos diferentes, “con lo cual es posible distinguir entre diversas configuraciones estéticas. ...En cuanto al interior de la madre, el niño depende básicamente del modo en que ella ha ligado su propia pulsión de muerte. Esta es una condición para que desarrolle la empatía con su hijo y disponga de un repertorio de respuestas acordes con las exigencias anímicas tempranas. Sobre todo esta empatía se vuelve necesaria cuando el niño se halla inerme ante su propia pulsión de muerte y debe ligarla por el camino de la motricidad sensorial, y su indefensión violenta crece a medida que aumenta la sed” (Maldavsky, 1999, pág.122).

Otros estudios refieren el insomnio infantil relacionado con situaciones de violencia familiar y sentimientos de injusticia, en las que organiza el conjunto una madre ofuscada y celosa, que se siente perseguida y evaluada, situación de la que sale utilizando la desconexión como recurso.

La violencia del ataque contra las fuentes pulsionales (respiración, hambre, sed, sueño), que exigen el reconocimiento de una realidad sensorial, se incrementa con la transformación del terror y del pánico en cólera o furia. En este proceso de transformación interviene la identificación temprana a un objeto decepcionante.



Una de las escenas comunes en las posiciones extremas descritas en el primer apartado es la del sacrificio. En la primera de ellas, en la que resulta ultrajado el niño, la madre refiere haber entregado su cuerpo, su tiempo y se siente no retribuida por su hijo (que parece no quedar conforme nunca). Tienen de referencia al padre del niño -a quien idealiza por su trabajo, su libertad y espera de ellos reconocimiento o compensación-. Espera de su hijo y del padre del niño reconocimiento por la entrega de amor a sabiendas de que el deseo que subyace es de naturaleza egoísta. Al no obtenerlo, queda a merced de sí misma profundizando su sentimiento de humillación o transmutando su afecto en injusticia. Esa postura sacrificial que la madre ostenta se constituye en su defensa frente a los sentimientos de inferioridad y culpa que le sobrevienen frente a la exigencia de interacción con el hijo que cría. La postura sacrificial deriva de un desarrollo particular de la desmentida de la calidad de sujeto de su hijo y promueve relaciones diádicas emocionalmente abusivas. Las actitudes que expresa el progenitor -hace por su hijo- son inconsistentes en cuanto a la cualidad de las interacciones reales. La madre sacrificada es una madre que se subinvolucra con su hijo; no alcanza a predecir sus necesidades ni a establecer relaciones recíprocas con él salvo como *flashes*.

Las madres que piensan que el niño “tomará lo que ella le dé” y se irá adaptando al sistema familiar, colocan el peso del “sacrificio” del lado del hijo hasta que su madurez le otorgue autonomía, momento en el que obtendrá el reconocimiento de sus padres. Ellas se sienten también parte de un mundo que les exige adaptación o sufrir las consecuencias sintiendo humillación y vergüenza. El niño es manipulado afectivamente. Se le pide que entregue lo que no es, lo que no tiene; dejándolo sin sostén ni aportes identificatorios. Las expresiones somáticas y funcionales patógenas lideran las manifestaciones del infante. La sobreinvolucración de la madre en la relación promueve el despliegue de un excesivo control sobre su hijo sobre la base de hipótesis falsas en relación con sus capacidades. El niño víctima, en el mejor de los casos, se manifiesta en forma reactiva desplegando conductas de dócil sumisión o apatía o bien desafiantes y furiosas.

Bibliografía

Aquarone, S., (1992), “*Un futuro para los bebés: expandiendo el foco de las intervenciones tempranas*”, Conferencia Banco Olavarría, Olavarría.

Alvarez, A., (1992), *Live Company*, Londres, Routledge.

Alvarez, A., (1997), *Problems of dependance and development in an excessively passive autistic boy*, J. Child Psychotherapist, Volumen 4.



- Astington, J., (1998), *El descubrimiento infantil de la mente*, Madrid, Morata.
- Bardiner, E., (1991), *¿Existe el amor maternal?*, Paidós, Buenos Aires,
- Bion, W.R., (1962), *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós.
- Bion, W.R., (1988), *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé S.A.E.
- Bollas, Ch., (1989), *Fuerzas del destino. Psicoanálisis e idioma humano*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Brazelton, B. y Cramer, B., (1993) *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Buenos Aires, Paidós.
- Bruner, J., (1988a), *Realidad mental y mundos posibles*, Barcelona, Gedisa.
- Bruner, J., (1991), *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, Madrid, Alianza.
- Dolto, F., (1986), *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós.
- Fischbein, J., (1998), “Los procesos somáticos desde el psicoanálisis”, Apunte de la Cátedra Abordaje Psicosocial de los Trastornos Psicósomáticos, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán, Buenos Aires.
- Fischbein, J. y Schust, J., (1998), “Consideraciones sobre cambios en el encuadre”, Apunte de la Cátedra Abordaje Psicosocial de los Trastornos Psicósomáticos, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán, Buenos Aires.
- Freud, S., (1895), *Proyecto de una psicología para neurólogos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1991.
- Frith, U., (1991), *Autismo: hacia una explicación del enigma*, Madrid, Alianza.
- Goldber, D. y Kuitca, M., (1987), *Maltrato infantil*. Buenos Aires, Paidós.
- Gutton, P., (1993), *El bebé del psicoanalista*. Buenos Aires, Paidós.



- Green, A., (1993), *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Green, A., (1994), *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Green, A., (1995), *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Houzel, D., (1990), *La expresión Somática. Los trastornos del sueño del Niño y del Adolescente*, Tomo IV.
- Khan, M.M.R., (1991), *Cuando llegue la primavera. Tomas de conciencia en el psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Paidós.
- Kreisler, L., (1990), *El insomnio del lactante*, Tomo V, Capítulo X.
- Kreisler, L.; Fain, M.; Soule, M., (1990), *El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia*, Estudio 2: "Insomnio del primer semestre", Buenos Aires, Amorrortu.
- Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soule, M., (1990), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomos IV y V, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Levin De Said, A. D., (2004), *El sostén del ser. Las contribuciones de Donald W. Winnicott y Piera Aulagnier*, Buenos Aires, Paidós.
- Liberman, D., (1970), *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión.
- Maldavsky, D., (1994), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Maldavsky, D., (1996), *Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*, Buenos Aires, Paidós.
- Maldavsky, D., (1999), *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Marty, P., (1992), *La psicósomática del adulto*, Buenos Aires, Amorrortu.



Meltzer, D., (1990), *La aprehensión de la belleza. El papel del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*, Buenos Aires, Patia.

National Center for Clinical Infant Programs (1998), “Clasificación diagnóstica: 0 a 3”. *Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*, Buenos Aires, Paidós.

Neves, N., (1997), *Clases de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento*, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán.

Protocolos de Prácticos de Formación en “Observación de infantes prematuros”.

Rivière, A.; Nuñez, M., (1998), *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales*, Buenos Aires, Aique, 2ª edición.

Roitman, C.R., (1993), *Los caminos detenidos*, 2ª parte, apartado 4: “Masoquismo y toxicidad pulsional”, Buenos Aires, Nueva visión.

Roitman, C.R., (1996), “Acerca de la constitución del espacio psíquico en el narcisismo temprano”. En: *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen LIII, Nº 4.

Roitman, C.R., (1996), “Estados anímicos primordiales. Acerca de algunas formas en que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior”. En: *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen LIII, Nº 4.

Roitman, C.R., (1997), “*Trastornos psicósomáticos y déficit en la organización de la estructuración psíquica*”. Inédito.

Roitman, C.R.; (1997), “Sobre las alteraciones en el autoerotismo y el narcisismo en la infancia temprana”, trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, abril.

Sami-Ali, (1991), *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*, Buenos Aires, Paidós.

Sami-Ali, (1993), *El cuerpo, el espacio y el tiempo*, Buenos Aires, Amorrortu.

Stern, D.N., (1991), *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.



Torres, M.V., (1997), *“Estudios sobre el narcisismo temprano en el campo de trabajo materno-paterno-infantil”*, Olavarría.

Torres De Di Giano, M.V., (1992), *Estimulación temprana hacia la humanización*, Buenos Aires, Actilibro,

Torres, M.V., (2003), “Autismo infantil. Avatares en el Campo de trabajo relacionados a la interacción paterno-materno-infantil”; Tesis Magíster UCES.

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

Valdez, D., (1999), “Relaciones interpersonales y teoría de la mente”, Buenos Aires, Fundec Módulo 4.

Valdez, D., (1999), “Construcción de significados y dimensión narrativa: Hacia la búsqueda de nuevas metáforas para la psicología cognitiva”, Buenos Aires, Fundec, Módulo 3.

Valdez, D., “Algunas reflexiones acerca del autismo y la inteligencia. Entrevista a Angel Rivière”, *Ensayos y Experiencias*, N° 17, Año 3.

Wellman, H., (1995), *Desarrollo de la teoría del pensamiento en los niños*, Bilbao, Desclée de Brouwer.

Winnicott, D.W., (1979), *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Laia.

Fecha de recepción: 15/03/06

Fecha de aceptación: 30/06/06