

PRIMER AÑO DE VIDA Y MEMORIA

David Rosenfeld

Primer año de vida y memoria

Mostraré ejemplos de memoria almacenada en el cuerpo y en órganos de los sentidos como los ojos y los oídos, en pacientes que han sufrido pérdidas traumáticas durante el primer año de vida. Lo original de este trabajo es que los pacientes se comunican con el padre, la madre o la persona que cuidó del bebé a través de alucinaciones en el cuerpo y órganos de los sentidos como el ojo y el oído.

Mi hipótesis es que el niño autista siempre se comunica a través del mecanismo fantástico de las alucinaciones de algunas partes del cuerpo que estuvieron en contacto con la madre o el padre durante el primer año de vida. Este trabajo está basado en mi experiencia en el tratamiento de niños autistas durante once años, así como en el Hospital de Niños de Buenos Aires.

La palabra trauma, de uso frecuente en medicina y cirugía, proviene de la palabra griega que significa “herida”. Además, deriva de otra palabra griega, “perforación”, es decir, una herida punzante que abre, rompe y penetra.

A nivel psíquico, el trauma debe reservarse para las consecuencias en el organismo físico de la violencia externa. En un principio, Freud (1896) trató el concepto de trauma como un concepto “económico” y lo pensó como una fuerte excitación de la vida psíquica que interfería con el desarrollo normal. En otras palabras, el flujo de excitación sería tan excesivo en relación con la tolerancia de la psique, que el sujeto no tendría la capacidad de descargar este flujo de excitación exagerado. El individuo busca protegerse a sí mismo a través de la represión que finalmente conduce a la neurosis.

Además, Freud (1897) desarrolló la idea de que existen traumas que ocurrieron en dos períodos de tiempo. Sostuvo la posición de que la histeria (o cualquier otra neurosis) proviene de un acto real de seducción durante la infancia, donde se encuentra el origen de la fijación. Propuso que los recuerdos de tales eventos volvían en forma de síntomas neuróticos. La neurosis, según Freud, solo ocurre bajo las condiciones de represión: solo cuando los incidentes de abuso sexual se niegan y reprimen pueden reaparecer (como el retorno de lo reprimido) en forma de síntomas histéricos. Freud, años más tarde, abandonó la teoría de la seducción, lo que condujo al surgimiento de su teoría de la sexualidad infantil.

La relación entre la madre y el bebé en los primeros años de vida del bebé fue desarrollada por Freud (1905) con su explicación de las etapas oral y anal. La excitación temprana de las zonas erógenas en la infancia conduce a una patología que continúa hasta la edad adulta. Los pensamientos expresados en este trabajo están fuertemente influenciados por el trabajo de Freud sobre la neurosis obsesiva y la retención anal. Freud (1908) estableció el vínculo entre los mecanismos anales en la infancia y su reaparición como defensas obsesivas en la edad adulta. Su trabajo finalmente llevó a otros a desarrollar la teoría de las relaciones objetales en la que se ponía mucho énfasis en la experiencia que tiene el bebé de su madre, considerada como la fuerza conductora detrás de la formación del pensamiento y el sentimiento. El escrito de Freud *La iluminación sexual de los niños* (1907) y el análisis de Hans (1909) guiarían el análisis de los niños, influyendo tanto en Anna Freud como en Melanie Klein.

Volviendo a las ideas de trauma de Freud (1914), con el tiempo, y cuando se enfrentó a traumas externos como los eventos de guerra, comenzó a entretener más factores psicológicos en sus teorías, incluida la forma en que las pulsiones y las excitaciones se pusieron en contacto con la realidad. Su teoría original del trauma chocaba con las ideas del principio del placer y Freud tuvo que examinar cuidadosamente por qué los pacientes necesitaban repetir traumas anteriores, a través del sueño o la actuación (*acting out*), por ejemplo. En *Recordar, repetir y elaborar* (1914), Freud planteó la hipótesis de que un individuo busca mantener una relación con el trauma, aunque no lo recuerde conscientemente. A través de la repetición del trauma, los pacientes intentan dominar lo que alguna vez los dominó o los atormentó. La idea de que los traumas infantiles pueden

reaparecer nuevamente de forma inconsciente es lo que mostramos en la práctica clínica en mi trabajo con detallados ejemplos clínicos. Por supuesto, la relación del niño con la madre descrita por Freud en la primera infancia también incluía la sensación oceánica de comunicaciones y la fusión total (Freud, 1930), así como el complejo de Edipo, desarrollado especialmente en la relación del niño con la madre (Freud, 1924) (Rosenfeld D., 2021).

Winnicott (1962) desarrolló quizás las ideas más críticas sobre la relación entre el bebé y la madre. Fue el primer teórico en conceptualizar al bebé y a la madre como una sola unidad en lugar de dos entidades separadas. Para Winnicott, la receptividad de la madre a ser afectada o alterada por su bebé era considerada muy importante. Según Winnicott (1962), el hecho de que ella pudiera ser vulnerable a las necesidades de su bebé era muy importante para la mente en crecimiento del bebé. Si la madre se siente persistentemente abrumada o asustada por las necesidades de su bebé, por ejemplo, entonces lo percibirá como una amenaza para ella. Si, por el contrario, la madre se preocupaba e interesaba por su bebé, probablemente proporcionaría lo que Winnicott denominó con la palabra "sostener" (*holding*). Este "sostener" se traduciría en el niño como una sensación corporal interna confiable de una continuidad del ser (*continuity of being*).

Una "madre lo suficientemente buena", una madre que responde atentamente y en sintonía, con mucha regularidad, fortalecerá el Ego del bebé y en última instancia, dará lugar a un individuo que puede responder adecuadamente y adaptarse a las frustraciones y decepciones en la edad adulta. El fracaso materno repetido, por otro lado, conduce a "afectaciones ambientales" que dejan al bebé solo para manejar y responder a la angustia por sí mismo. El resultado es una interrupción de la "continuidad del ser" y el desarrollo de un "falso yo" (*false self*) en la edad adulta.

Para Melanie Klein, la relación entre la madre y el bebé también fue fundamental. El sentido de sí mismo de un bebé puede verse comprometido o dañado si fallan los procesos de introyección (saludable), identificación proyectiva y reintroyección. Las experiencias angustiosas del niño que no son metabolizadas adecuadamente por una madre capaz son dañinas porque se vuelven reintroyectadas y contenidas por la madre en un niño que ya está asustado y perturbado. En su artículo *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos* (Klein, M. 1940), Klein describe específicamente cómo los mecanismos

de defensa tempranos y primitivos (formados a través de la relación madre-bebé) pueden resurgir en la edad adulta. El duelo, por ejemplo, puede desencadenar un retorno a mecanismos primitivos como la disociación, las reacciones esquizoparanoideas, la relación parcial con el objeto, la negación y las reacciones persecutorias. Para Klein, las experiencias positivas no son más importantes que las negativas, ya que todas las formas en que el bebé experimenta a su madre afectan sus representaciones internas de ella y, en consecuencia, su sentido de sí mismo (*his sense of self*).

De esta escuela de pensamiento surgió una de las maestras más brillantes: Esther Bick. Desarrolló el concepto clave de que el bebé está envuelto en lo que ella llama una “piel psicológica”. Bick (1968) se concentró en la función de esta piel en las primeras relaciones objetales (*object relationships*). Ella vio que la primera tarea del bebé era la de mantener unidas las partes de la personalidad que siente que no tienen ataduras (*binding*). Declaró que las partes deben sostenerse juntas por la piel y ser vivenciadas por el bebé. La piel del bebé, que se siente tanto interna como externamente a través del contacto con la piel de la madre, se experimenta como lo que mantiene unida la personalidad y por lo tanto, lo que evita la desintegración. Su trabajo influyó en gran parte en la escuela inglesa (Bick, 1968) e impactó en el trabajo futuro de Donald Meltzer (1978) y Didier Anzieu (1974). Anzieu desarrolló aún más la idea de una piel psicológica concentrándose en lo que llamó el Ego de la piel y el sonido envolvente de los padres. Describió el Ego de la piel como “la primera envoltura narcisista sobre la que se asienta el sentimiento de bienestar”.

Otros dos autores entusiastas de las observaciones naturalistas como Bick fueron Spitz y Bowlby. Bowlby (1951) enfatizó los efectos que el hospitalismo y los cuidados institucionalizados tenían en el desarrollo de los niños. Spitz (1965) usó fotografías de huérfanos que habían sido separados de sus cuidadores a temprana edad para mostrar los efectos devastadores que la privación temprana tenía en el desarrollo psicológico y físico de los bebés. Acuñó el término “hospitalismo” para describir el efecto que la privación materna temprana tenía en estos niños alojados en instituciones. La falta de estimulación y contacto emocional con un cuidador tuvo efectos devastadores en el desarrollo psicológico, intelectual y físico de estos bebés. Su trabajo pionero ayudó a profundizar las teorías sobre

las patologías infantiles, pero también subrayó la importancia fundamental del cuidado materno en la niñez y la primera infancia.

Además, la teoría de Margaret Mahler (1968) sobre separación/individuación ayudó a ampliar nuestra comprensión de la díada madre/bebé. Mediante la observación directa también de madres e hijos, Mahler amplió las ideas de Freud sobre los primeros meses de vida. Escribió extensamente sobre la importancia de la relación temprana entre madre e hijo, centrándose en la fase de separación-individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Mahler utiliza el término “autismo normal” para describir lo que me explicó en persona: quería mostrar que la madre y el bebé están en su propio mundo, al que llamó “autismo”. Le expresé que esta palabra debía cambiarse ya que la gente pensaría que estaba hablando del autismo como una enfermedad. A este período le sigue, según ella, una etapa simbiótica en la que se cree que el bebé existe en un estado de fusión indiferenciada con la madre. Este período dura de los dos a los siete meses de edad, durante el cual se supone que el bebé experimenta actividades y sentimientos como si fueran parte de la actividad de la madre. Después de este período, el niño pasa por un “nacimiento psicológico” en el que comienza a emerger un Yo (*self*) diferenciado. El concepto de simbiosis descrito por Mahler es de particular importancia en este trabajo. Creemos que Mahler está hablando de una relación útil de contención mutua del propio mundo, al que ella llama el “mundo autista”. Es importante enfatizar que Mahler, en una conversación personal conmigo (Rosenfeld D.), aclara su uso del término autismo para describir a una persona que está en su propio mundo y no como una enfermedad psicótica en sí misma. En otras palabras, Mahler se refiere al desarrollo normal y a cómo el niño usa a la madre para desarrollar su capacidad de contención.

Este trabajo también se basa en conceptos desarrollados por un grupo de analistas parisinos conocido como la Escuela Psicosomática. Propusieron que los pacientes psicosomáticos tienen elementos autistas infantiles envueltos en un mundo de sensaciones corporales y táctiles. Por lo tanto, al estar atrapados en sus propias sensaciones autistas a nivel de los intestinos, las heces, la orina, o la vejiga, se ven perturbados por el contacto con el mundo exterior. El no tener contacto causa una perturbación donde no hay proyección, ni introyección. Se genera una forma de pensamiento concreto, que Pierre Marty y Michelle de

M'Uzan (1963) denominan “pensamiento operativo”. El pensamiento operativo se aplica a cosas y nunca a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas. Marty (1968) sugirió que un paciente atrapado en este modo de pensar no puede experimentar un estado de necesidad o dolor. El pensamiento operacional es mecánico y repetitivo y está dominado por la búsqueda de sensaciones autistas porque son la única forma de creer que uno tiene indicios de una identidad.

Marty (1968) señaló la importancia de crear una técnica especial para trabajar con estos pacientes, especialmente por las intensas transferencias negativas que se pueden desarrollar hacia el analista, y por cómo eso puede perjudicar la capacidad del analista para seguir trabajando y comprender a estos pacientes. Dentro de esta tradición, Joyce McDougall (1989) discutió las dificultades que tienen estos pacientes con la simbolización y su necesidad de “crear” síntomas corporales para señalar inconscientemente su sufrimiento. Conectó los trastornos psicósomáticos con la aparente falta de afecto que presentan estos pacientes en el tratamiento y se concentró en las dificultades que presentan para el analista porque su malestar físico está desconectado del componente emocional y no tienen las palabras para reconectar los dos (McDougall, 1989). Como se ilustrará en las viñetas de este trabajo, estos pacientes utilizan su cuerpo como medio de comunicación (Ogden, T.H., 1989b).

Mi idea original es que el niño autista se comunica siempre. Lo hace a través de alucinaciones sensoriales que quedaron fijadas en la memoria de su cuerpo, de los contactos con las primeras personas que lo cuidaron en la primera infancia. Contactos con la mejilla, la lengua, los labios, los ojos, el oído o cualquier otra parte del cuerpo (Rosenfeld D. 2006).

En tiempos prehistóricos, las palabras eran menos importantes que las sensaciones olfativas, táctiles y auditivas para comprender el vínculo entre el sufrimiento, la angustia y la alegría. He propuesto en otra parte (Rosenfeld D., 2006) que los pacientes con trastornos psicósomáticos generalmente presentan mecanismos autistas. Como se ha dicho anteriormente, están envueltos en un mundo de sensaciones corporales y táctiles. Sus síntomas psicósomáticos les dan una “sensación de ser” que es similar a las sensaciones corporales que los niños autistas intentan lograr presionando una parte de su cuerpo contra un objeto “duro”. Los síntomas psicósomáticos dan a la persona un sentido de identidad,

una sensación primitiva de existencia. Este uso de las sensaciones corporales —la desaparición o aniquilación de una identidad primitiva— hace que estos pacientes sean difíciles de curar (Rosenfeld D., 2006). La desaparición de los síntomas psicósomáticos equivale a la desaparición de una noción rudimentaria de identidad. Esta idea de que a veces la pérdida de una enfermedad psicósomática equivale a la desaparición de un sentido de identidad, explica por qué algunos trastornos psicósomáticos son muy difíciles de cambiar y modificar, porque la noción de pérdida de identidad está en juego.

Tustin (1986, 1990) señala que estos pacientes tienen miedo, a pesar de tener este caparazón protector, porque sienten que hay un agujero en una parte de la persona (*self*). Incluso afirma que los niños pueden utilizar parte de sus cuerpos como “objetos autistas” que crean un cúmulo de sensaciones que les proporcionan la ilusión de ser impenetrables, todopoderosos, seguros y protegidos. Las alteraciones psicósomáticas pueden llenar los agujeros en el cuerpo de los pacientes adultos (Rosenfeld D., 2006) al igual que los niños autistas descritos por Tustin taparon los “agujeros” a través de mecanismos autistas.

En resumen, una explicación de los trastornos psicósomáticos *versus* las encapsulaciones autistas es parte de lo que intentaremos ilustrar en las siguientes viñetas. En cuanto a la técnica psicoanalítica, en la transferencia es importante tener presente la observación de que el “lenguaje corporal” es la forma que utilizan estos pacientes para expresar angustias, ansiedad y miedos. La tarea del psicoanalista es tratar de comprender y rastrear la aparición de síntomas psicósomáticos durante la sesión y entre sesiones, y su importante significado como *comunicaciones para el analista*. Esto trae a colación el tema de la frecuencia de contacto como particularmente importante con estos pacientes. El analista debe verlos con la mayor frecuencia posible y descubrir de un día para otro, de una sesión para otra, señales de transferencia sutiles, incluso microscópicas. Si estas señales son descubiertas y sacadas a la luz a través de la interpretación de manera abierta, y pueden traducirse en palabras al paciente, es posible, en un par de años, descubrir transferencias infantiles que se esconden detrás de los síntomas psicósomáticos más severos (Rosenfeld D., 2006b) (Rosenfeld D., 2006c).

Las siguientes viñetas intentan ilustrar estos conceptos y una forma de trabajar con estos pacientes.

*Viñetas clínicas: La piel y el cuerpo hablan**a. Labios sangrantes*

Este caso trata de una paciente de veintiséis años que respondió a las separaciones y ausencias del terapeuta desarrollando un cuadro psicósomático. Esto incluía sangrado y mucosidad en que la piel se desprendía de sus labios y del paladar. La paciente tenía antecedentes de trauma temprano. Su madre había muerto cuando ella tenía menos de dos años.

La hipótesis teórica utilizada para entender a esta paciente fue que tenía una imagen corporal psicótica primitiva, donde la imagen del cuerpo era una piel débil que la rodeaba y todo su interior se imaginaba líquido. Para explicar el modelo habría que imaginar un esquema corporal como una gran pared arterial que envuelve el cuerpo lleno de sangre y líquidos. La primera etapa fue tratar de correlacionar la transferencia y las ausencias con la aparición de hemorragias y lesiones en boca, paladar y labios. Poco a poco, descubrimos que se expresaba corporalmente por los abandonos del analista. Es decir, no podía expresar afecto con palabras, ni en sueños, ya que no hay símbolos en las enfermedades psicósomáticas. En este caso produjo un cuadro psicósomático, en oposición a un delirio somático (como lo describió más adelante otro paciente por medio de murciélagos). La paciente pintó un cuadro donde el cuerpo parecía estar perdiendo piel y sangre. Era el cuerpo el que hablaba por ella.

Como escribió Winnicott (1962), dado que en el bebé y la unión corporal con la madre no se diferencia, ni evoluciona con éxito, cada separación del pezón de la madre de la boca del bebé se vive como si la madre tomara pedazos de la boca, labios y mucosas. Esta paciente repetía este trauma en la transferencia conmigo, Rosenfeld, cada vez que yo me iba. Repitió la separación catastrófica y dramática donde la madre-terapeuta le quitó pedazos de piel y mucosidad de la boca. Esta paciente, en un momento, tuvo heridas tan profundas y pérdida de sangre que tuvo que ser hospitalizada en terapia intensiva y alimentada por vía intravenosa. Tenía los labios inflamados, además de pérdida de piel y

sangrado. También presentó sangrado en paladar y lengua. Durante muchos años, trabajamos sobre la fantasía en torno a los límites del cuerpo y la imagen corporal. El modelo teórico que utilicé fue mi teoría de la imagen corporal psicótica primitiva. A lo largo de los años, al descubrir que estas lesiones aparecían en el momento en que el terapeuta se iba, esto se convirtió en la clave del intenso trabajo de interpretaciones transferenciales. En este caso clínico, una fantasía primitiva sobre la imagen corporal se estaba transformando en una enfermedad psicosomática que, de no ser tratada, se volvería crónica y severa.

Las cosas mejoraron con el tratamiento psicoanalítico. Después de cinco años, la paciente comenzó a simbolizar a través de un sueño. La paciente soñaba con un vestido de lana tejido a mano que cubría todo su cuerpo. Esta fue la creación de una nueva piel que se desarrolló a través del tratamiento psicoanalítico. Surgió otro sueño que sugería una mayor capacidad de simbolización. La simbolización era que soñaba con algo sólido: soñaba que le salían heces por el ano, pero en lugar de perderlas, las insertaba en otro orificio de su cuerpo, en la vagina, que las contenía. En este sueño podemos observar la transformación: ya no era sangre la que se perdía sino materia sólida. Se produce un sueño de un esfínter anal con un elemento sólido como heces y un orificio que lo recibe, la vagina.

Solo después de poder simbolizar a través de los sueños las fantasías primitivas de su imagen corporal y las separaciones experimentadas como catastróficas, la paciente mejoró. Es importante señalar que a veces se necesitan cinco años para que un paciente pueda soñar y simbolizar.

Como escribió Shakespeare sobre Enrique IV, Parte 2, Acto 4, Escena 4: (Shakespeare, 1599):

Ahora, señores, si el cielo da éxito feliz al
debate que sangra a nuestras puertas,
queremos guiar a nuestra juventud a más altos campos de batalla
no blandir espadas que no estén santificadas.
Nuestra armada está preparada, nuestras fuerzas reunidas,
nuestros sustitutos durante nuestra ausencia debidamente investidos,
todo está en orden y de acuerdo con nuestros deseos.

Solo nos hace falta un poco de fuerza personal
y esperamos que esos rebeldes, aún en pie,
hayan caído bajo el yugo de Gobierno.

b. *Los murciélagos en la piel*

En las entrevistas clínicas en el Hospital de Niños de Milwaukee en Chicago, había un joven de unos veinte años, que alucinaba que le salían murciélagos de las mejillas. Además, estaba paralizado de las extremidades inferiores y dijo que tenía cáncer. En la entrevista me acompañó el equipo de neurocirugía y psicopatología. Cuando le pregunté por su familia, el paciente me dijo que tenía una niña de un año y que su madre había muerto al año de haber nacido él. Cuando le pregunté por qué estaba en el hospital, respondió que debía ser porque los murciélagos salían volando de su mejilla hacia el cielo y que el cáncer le paralizaba los pies. Después le pregunté de qué murió su madre y me dijo de lupus. Le pregunté si sabía de qué se trataba esta enfermedad y cuáles eran los síntomas de los afectados (en concreto, síntomas en la cara y las mejillas). Respondió que sabía que el lupus produce marcas en la cara y el cuerpo, lo que produce lesiones.

Un colega le preguntó cómo se sentía con respecto a la ausencia de su madre y afirmó que era muy religioso. Le preguntaron si sabe dónde está la madre muerta y él respondió, “en el cielo”. Insistí en preguntarle si sabía cómo son las manchas de lupus, porque es una enfermedad que provoca manchas especiales. Casi simultáneamente dijimos los dos: tienen forma de murciélago.

Le dije: “¿No será ahora cuando tu hija tiene un año, la edad exacta que tenías tú cuando murió tu mamá, que estás tratando de recuperar a tu mamá, imaginando que tienes murciélagos en la mejilla que están subiendo al cielo? Creo que te convertiste en tu madre como una forma de recuperarla. Te imaginas que los murciélagos, o más bien las mejillas de tu madre en contacto con la piel de un bebé, es decir tú, un pequeño bebé, vas subiendo al cielo. Es por eso por lo que estás tratando de revivir la relación con tu madre. Tienes las marcas mentalmente y tu madre las tenía físicamente en la cara. En el contacto piel con piel,

estando cara a cara contigo, ella vuela y va al cielo. Porque dijiste que los muertos van al cielo. Los murciélagos que salen volando de tu mejilla son la madre que estás perdiendo, que salen de su mejilla para ir al cielo. Estás expresando esto a través de tu cara, a través de la marca que produce el lupus en la cara, que es similar a un murciélago. La mejilla del bebé que toca la piel de la madre es el contacto piel con piel más primitivo con ella. Por eso tratas de revivir piel con piel, mejilla con mejilla, el contacto que tuviste de bebé con tu madre. Al mismo tiempo, es tu manera de llorar la pérdida con los murciélagos que van al cielo”.

La parálisis inferior, en lugar de delirio, se había convertido en un cuadro psicossomático de parálisis y anestesia de los miembros inferiores. Mi opinión expresada al equipo médico fue que había que cambiar el enfoque del tratamiento, y que no era necesario hacer una biopsia del nervio ciático, era mejor esperar a ver cómo evolucionaba. Dije que el trabajo debía girar en torno a la teoría de que él se había transformado en su madre. Se convierte en la madre. Meses después supe que el paciente logró desidentificarse y ya no se transformaba en su madre con lupus. Se demostró que las lesiones no eran cancerosas.

c. Descamación de la Piel

Otro paciente que traté hace muchos años fue enviado o abandonado al norte de mi país con una madre sustituta durante el primer año de vida. Este tratamiento fue supervisado durante dos años por Esther Bick en Londres. Según el paciente, la madre era muy extraña, no lo tocaba, y le servía chocolate rancio y galletas. Este paciente sufrió un caso severo de descamación de la piel. La hipótesis era que estaba repitiendo la pérdida del contacto piel con piel que nunca tuvo durante su primer año de vida. Julián tenía treinta y cinco años cuando lo conocí. Desde niño era asmático y tenía la piel dañada y descamada. Durante la sesión, fue sutilmente menospreciando el análisis. Se oponía a todo lo que decía y luego intentaba “cooperar” para “ayudarme a no sentirme mal”. De esta manera, se transformaría en el seno que amamanta y negaría que necesitaba ayuda, situación que parece estar conectada con su experiencia de relaciones de objeto tempranas.

Según Julián, su madre “se deshizo de él” en su primer año de vida y contrató a una niñera, que hablaba otro dialecto, para que lo cuidara. El padre parecía frágil y psicótico detrás de una fachada de buen funcionamiento social. El padre habló de todo y de nada, y dijo hechos que solo él conocía. Julián luchó por convertirme en una especie de criatura automatizada, un robot, que pudiera producir respuestas al material que traía. En la transferencia, yo parecía una especie de repetición de la niñera a sueldo, contratada por dinero, con la que su madre lo había dejado el primer año de vida.

Voy a relatar un sueño que compartió el paciente. “Tuve un sueño. Un sueño en el que caí en un pozo profundo lleno de lodo en el fondo. Estaba callado y no sabía cómo salir. Traté de salir del pozo donde había barro y tierra, donde había unos clavos, de unos 40 cm, que estaban a lo largo de las paredes. Algunos estaban clavados en la pared, otros estaban sueltos, otros estaban en mal estado, algunos estaban doblados”. Continuó explicando que intentó escalar el pozo a través de los clavos que lo rodeaban. Como estaban sueltos, resbalaba y caía y su piel se perforaba por todas partes. Intentaría levantarse. Paciente: “Me sentí ahogado, asfixiado, cubierto de lodo. Después de un gran esfuerzo, cuando estaba exhausto, con la piel perforada por todas partes, resbalando, pude trepar por los clavos que cubrían las paredes y salí cerca de la superficie. Esa no era la salida. Antes había escaleras de mármol, piedra pulida, con una luz artificial preciosa, y ahora podía salir, subiendo unas escaleras preciosas que conducían a una habitación como si fuera una habitación o vestíbulo muy bonito”. Lo asocia con un recuerdo de una época en que estaba absolutamente solo en el campo, sin sus padres, en busca de ranas y renacuajos para evitar sentimientos de soledad. Tropezó y cayó en un charco. Contó este episodio para referirse a “cosas que hago cuando estoy solo”. Vinculó esta situación a una época en que sus padres lo abandonaron y vivía con una niñera en otra casa (hay que tener en cuenta la conexión entre este período de su vida y su experiencia temprana de ser criado por una niñera). Interpreté el material de la siguiente manera: tuve que irme el viernes y él no sintió que lo apoyara. Nadie lo contuvo durante el fin de semana. Cayó en un pozo profundo donde no había nada de que agarrarse, como un bebé al que su madre lo deja caer y lo deja solo sin comida. El hecho de que esto sucediera en la oscuridad representó el momento en que el bebé se quedó solo, como se sintió durante el fin de semana, sin su psicoanalista. El sueño mostró la evidencia de las

emociones que experimentó por primera vez este fin de semana. Esther Bick (1968) me señaló que los clavos en realidad simbolizan las uñas reales, que son la primera expresión de contacto agresivo antes de los dientes. En el texto original en inglés hay un juego de palabras, ya que *nails* son clavos y también uñas. Esos clavos representan las uñas del niño que se aferran a la pared para no caerse. Por lo tanto, los clavos en el sueño posiblemente representen a los clavos en su doble papel: el agresivo y el autocontenido, ya que también lo ayudan a agarrarse, evitar caerse y ayudarlo a subir. Finalmente, el sueño representa lo que Winnicott (1962) conceptualizó como caer en un pozo sin fin. Como él dice, la creación de un falso *self* es un sistema de adaptación a la realidad para asegurar la protección contra tales agonías primitivas. Esta aparente madurez o pseudo madurez, como hace al caso de este paciente en su vida exterior, no resuelve los problemas de fondo de su mente.

d. Pablo. Las mejillas en contacto sensorial con su madre

Cuando comenzó el tratamiento conmigo, a razón de cuatro sesiones semanales, su esfuerzo desesperado por superar sus pérdidas y el duelo por su madre lo llevó a tratar de preservar sus identificaciones más tempranas, logradas a través de mecanismos primitivos y altamente regresivos caracterizados por la confusión con el cuerpo femenino de su madre. Así trató de recuperar sus identificaciones y vínculos perdidos con la madre. Entre los recuerdos más vívidos de Pablo está la persecución y castigo que su madre y su hermano sufrieron a manos de los nazis en Alemania. Otro recuerdo se refiere a un episodio que incluye un patrón muy especial de relación de objeto con su madre: galletas blancas, que se pierden en la nieve mientras él huía y que, por ser blancas, no se podían ver ni volver a encontrar. Este es un patrón de vínculos e identificaciones que se pierden.

Considero que la persecución masiva, total y generalizada, hace que sea muy difícil preservar las identificaciones: las identificaciones formadas bajo el poder del terror son difíciles de preservar.

En el transcurso de una sesión habló de un sueño en el que vio a un tipo llamado Davis, que “no era nada especial, ni muy bueno ni en lo más mínimo inteligente, a quien conocí en el Ejército”. Pablo, sus hijos y Davis, que era el conductor, iban en un camión que

se incendió y cayó en un barranco. Este sueño fue tratado en varias sesiones dentro de la transferencia, y lo vinculamos con lo que habíamos visto al inicio de su tratamiento: su miedo a entregarse a alguien que no lo puede “conducir” bien y puede destruir y prender fuego a sus partes infantiles femeninas y masculinas (simbolizadas por su hijo y su hija en el sueño).

El sueño obviamente revela que desconfía de la habilidad de David Rosenfeld para “conducir” el camión/análisis y también asocia a Davis con el nombre de David. En ese momento, vio al terapeuta como un padre que podría abandonarlo o como un loco que podría alejarlo de la seguridad. En sesiones posteriores comprendimos que el sueño representaba también su historia infantil y su miedo o señal de una crisis inminente.

El paciente desarrolló un delirio somático, también llamado delirio centrado en el cuerpo, y estaba convencido de que la gente pensaba que tenía labios y mejillas femeninas. Ocultando su rostro tras una barba y un cabello muy largo, corría por las calles hasta mi consultorio. Sus esfuerzos por recuperar los lazos perdidos con su madre, con quien había tenido una muy buena relación durante el primer año de vida, consistían en sistemas defensivos más regresivos, más fragmentados, con disociaciones y proyecciones del Yo de diversa severidad, incluso graves.

Las constantes alucinaciones sensoriales con su madre se hicieron tan intensas que sus mejillas terminaron identificándose con una parte del cuerpo femenino de su madre.

Recuperaba la comunicación con su madre a través de alucinaciones. Por eso creía que su mejilla era la mejilla de una mujer. Solo a partir del tratamiento psicoanalítico conmigo comenzó a percibir que es una forma de tener un trozo del cuerpo de la madre en su mejilla, un vínculo con la madre en su mejilla. Es como si fuera una parte del cuerpo femenino de la madre confundida con su propia mejilla. Es una forma alucinatoria de recuperar el vínculo con su madre muerta (Rosenfeld D., 2006b). Esto es diferente del caso del paciente de los murciélagos que salen volando de sus mejillas, aunque hay algunas similitudes.

Conclusión

El material clínico de este artículo intenta demostrar cómo las pérdidas y los traumas de la primera infancia/niñez reaparecen en la vida adulta y se expresan a través del cuerpo. La importancia de tener una sólida comprensión teórica de los procesos autistas y psicósomáticos es vital cuando se trabaja con este nivel de perturbación. La atención cuidadosa a los movimientos delicados en las sesiones de pacientes día a día, y más específicamente, el momento a momento en las sesiones, no debe perderse cuando se trata de descubrir lo que aún es desconocido para el paciente. Las separaciones concretas a menudo muestran una repetición de trauma o expresión corporal. La creatividad del analista para recibir formas poco comunes de comunicación (es decir, poemas, canciones) debe ser honrada como formas significativas de expresar el dolor psíquico.

Referencias bibliográficas

Anzieu, D. (1974). Skin ego. In: S. Lebovici & D. Widlocher (Eds.), *Psychoanalysis in France* (pp. 17-32). New York, International University Press.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*. 49 (3). pp. 484-486.

Freud, S. (1896). *Heredity and the etiology of the neuroses*. Standard Edition. Volumen III. (Trad de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1896). *Further remarks on the Neuro-Psychoses of defense*. Standard Edition. Volumen III. (Trad de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1897). *The etiology of hysteria*. Standard Edition. Volumen III. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books

Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. Standard Edition. Volumen. VII. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1907). *The sexual enlightenment of children*. Standard Edition. Volumen. IX. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1908). *Character and anal erotism*. Standard Edition. Volumen. IX. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1909). *Analysis of a phobia of a five-year old boy*. Standard Edition. Volumen. IX. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1914). *Remembering, repeating and working-through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis, II)*. Standard Edition. Volumen. XII. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1924). *The dissolution of the Oedipus complex*. Standard Edition. Volumen. XIX. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Freud, S. (1930). *Oceanic feelings*. Standard Edition. Volumen. XXI. (Trad. de James Strachey). New York. Basic Books.

Houzel, D. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Didier Houzel, et al. Presses Universitaires de France, París

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*. (16).pp. 145-174.

Klein, M. (1940). Mourning and its Relationship with manic-depressive mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*. (21). pp.125-153 .

Klein, M. (1945). The Oedipus complex in the light of early anxieties en *The writings of Melanie Klein*. Vol. I. Love, guilt and reparation and other works. 1921-1945 (pp. 370-419). London, Hogarth Press.

Klein, M. (1975). *The writings of Melanie Klein*. Vol. 3. Envy and gratitude and other Works. London, Hogarth Press.

Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation..* International University Press.

Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Books.

Marty, P., M'Uzan, M. & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Presses Universitaires de France

Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis*. (49). pp. 246-249.

Mc. Dougall, J. (1989). *Theaters of the body*. W. W. Norton & Company, New York.

Meltzer, D. (1978). *The Kleinian Development*. Clunie Press for The Roland Harris Trust Library.

Ogden, T.H. (1989b). On the concept of an autistic-contiguous position. *International Journal of Psychoanalysis*. (70). pp. 127-140.

Rosenfeld D., (2006). *The soul, The mind, and the psychoanalyst*. Karnac Books.

Rosenfeld D., (2006b). *L'âme, le psychisme et le psychanalyste*. Hublot. Caen.

Rosenfeld D., (2006c). *El alma, la mente y el psicoanalista*.Paradiso.

Rosenfeld, D. (2006). *Autistische Abkapselung. B. Nissen, Autistische Phänomene in psychoanalytischen Behandlungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag

Rosenfeld D. (2006). *The Creation of the Self and Language*. Karnac Books.

Rosenfeld D. (2008). "Image su corp et Psychose" in "Corp, acte. Dr. Symbolisation". De Boeck.

Rosenfeld, D., (2008). Die Seele, Die Psyche und der Analytiker Bibliothek der psychoanalyse psychosozial verlag, Gießen, ((Capítulo 4). Psychotic Addiction to Video Games, Psychotische Abhängigkeit von Videospielen.

Rosenfeld D., (2021). La psychopathologie infantile pendant la première année de vie et son retour à l'âge adulte *Journal de la psychanalyse de l'enfant* (nouvelle série), 1 (11), 21-49.

Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. Génesis de las relaciones objetales. Fondo de Cultura Económica, México.

Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. Karnac.

Tustin, F. (1990). *The protective shell in children and adults*. Karnac. London.

Shakespeare, W. (1599). King Henry IV Part II. (1983). *The Globe Illustrated Shakespeare*. pp. 571-624. Greenwich House. New York.

Winnicott, D. W. (1962). Ego integration in child development en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. (pp.56-63). International University Press

Resumen

En este trabajo, basado en la clínica y con claros ejemplos clínicos, muestro los efectos de los traumas infantiles durante el primer año de vida y sus efectos en los cuadros psicossomáticos, alucinatorios y delirantes.

Palabras clave: Autismo, Psicosis, Imagen Corporal, Relación madre-bebé, Alucinaciones y Delirios

David Rosenfeld

Psiquiatra y psicoanalista didacta de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

Profesor consultor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Fue vicepresidente de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional).

e-mail: rosenfeld236@gmail.com