

Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé¹. Trouble alimentaire.

2

Pascual Palau Subiela³

El caso que voy a exponer, tratado en un ámbito hospitalario, pertenece a las patologías seriamente comprometidas por una etiología psicósomática, cuya gravedad exige un esfuerzo psicoterapéutico y de equipo muy superior a lo habitual. Ésta bebé tuvo que ser reingresada 4 veces, por el mismo motivo, a lo largo de sus primeros 9 meses.

Primeras manifestaciones del trastorno:

Cuando Ana tenía 15 días, dos días antes de quedar hospitalizada en neonatología, comenzó a vomitar con fuerza todas las tomas poco después de haberlas ingerido.

Desde que nació y hasta ese momento había tomado muy bien, con ganas y sin dejarse ni una gota. Tanto el hermano de dos años, como ella comenzaron a vomitar el mismo día aunque el inicio de los vómitos en Ana fue posterior en cuatro o cinco horas a los de su hermano.

Un contagio por Rotavirus fue el motivo inicialmente contemplado por pediatría, para explicar los vómitos en los dos. Después de varios días con una dieta, el niño volvió a la normalidad y desaparecieron los vómitos, mientras que en Ana se intensificaron.

Ingreso

En su ingreso presenta un buen aspecto general.

En el 1º día no tolera nada. Regurgita con fuerza Esa noche no toma nada. Deposiciones un poco más blandas

En el 2º día no hay vómitos ni deposiciones aún que se la ve nauseosa. Tiende a estar dormida. Toma poco y por la noche presenta fiebre.

En el 3º y 4º día su aspecto es regular, pálida, quejumbrosa, tiene febrícula. Disminuye la actividad. Vomita alguna toma aunque las otras las tolera bien. Cada vez está más dormida.

¹ Artículo publicado en la Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.

² Texto presentado en Ginebra en la Journée Scientifique AGEPSO, Genève, février 2008.

³ Ésta intervención pluridisciplinar ha sido posible gracias a la participación de los Pediatras, Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto, que han intervenido directamente. Ha sido especialmente relevante la intervención de la Dra Mercedes Benac, neuropediatra, del Dr José Haro, gastroenterólogo pediátrico y de Amparo Manzano, enfermera pediátrica. Mi agradecimiento a todos ellos.
E-mail: pascual.palau@gmail.com

En el 5º día toma despacio. A la hora de la toma se duerme, no quiere y si se la fuerza vomita. La hipersomnia resulta llamativa.

En el 6º día comienza a darle la madre. Está más despejada. Toma bien el biberón y luego vomita. Se sospecha estenosis pilórica. Las siguientes tomas las vomita todas y está muy dormida por la noche.

El comentario de la enfermera que la atendió hasta ése día fue: "la niña se dormía mucho. Empezó vomitando y después se dormía; la obligábamos, no quería de toma a toma, y si no la obligábamos no pedía".

En el 7º día come poco. Sin fiebre. Toma lento y tiene vómito en escopetazo. Mejora su aspecto general. Se acaba los biberones pero después los vomita con leche sin digerir. Por la noche tolera y se acaba el biberón

8º día, pasa a la cuna de la habitación individual con la presencia ya constante de la madre: Está muy intranquila al llegar la tarde y por la noche se pone a llorar intensamente, vomitando todas las tomas que se le ofrecen. El pediatra de guardia acude y practica suaves masajes en el vientre para intentar aliviar lo que piensa puede ser un intenso dolor por cólico del lactante. Este llanto permanece hasta las 3 de la madrugada cuando, agotada, deja de llorar y se duerme profundamente. La toma de las 6 del día siguiente, que le ofrece una enfermera, la tolera bien, dormida.

En el 9º día tolera los biberones que le administra la madre aunque se la observa de nuevo muy dormida. Esa noche está muy intranquila y llorona y vomita dos biberones. Tras los vómitos se niega a seguir.

En el 10º día se la ve intranquila. Toma bien el de las 9 y el de las 12 no se lo termina. Por la noche está muy intranquila. Después del biberón de las 24 se duerme.

En resumen vemos que, tras un primer cuadro de intensos vómitos, desaparece el hambre y se instala una intensa hipersomnia que señala un proceso defensivo **depresógeno** muy precoz.

Se trata de un movimiento de repliegue antitraumático que afecta, simultáneamente, al investimento pulsional de las percepciones de afectos procedentes del objeto materno y a aquellas funciones y estímulos procedentes del propio cuerpo.

También podemos observar cómo el **reencuentro** con la madre, a cuyo cargo va a quedar a partir del 8º día de ingreso, produce intensos trastornos que se expresan con una intensa reactivación del vómito, un llanto inconsolable, significativo de mucho dolor y un comportamiento muy agitado en el dormir que contrasta con el comportamiento adaptado y dócil de la vigilia y de las noches anteriores. Trastornos, todos, producidos por la

experiencia de recepción de contenidos emocionales traumatógenos, procedentes del objeto materno.

Los mecanismos de defensa que en ésta época buscarán, la desactivación de la experiencia interactiva traumática con el objeto y el ser propio, producirán un desahucio de la experiencia afectiva compartida y del marco de la temporalidad mediante el cual el sujeto puede desarrollar su experiencia de continuidad.

Estas defensas, cuyas manifestaciones podremos observar de manera más clara más adelante, suponen unos procedimientos de desconexión/supresión⁴, de la misma capacidad de percibir los efectos emocionales derivados de los afectos traumatógenos procedentes del objeto, así como la búsqueda de una desafectivización de las pre-representaciones del objeto y del sí mismo o del yo temprano.

Se trata de mecanismos de inhabilitación de la perceptividad de las experiencias endosomáticas, que dañan las pre-representaciones de los afectos vivenciables en el cuerpo y dañan la función del preconscious en su trabajo de actividad narrativa a través del proceso de doble inscripción consciente e inconsciente de las representaciones de cosas y de su ligazón con las representaciones de palabra.

La utilización del recurso a la hipersomnia comienza a los 17 días de vida, en el tiempo del primer ingreso, y reaparece después en cada recaída severa. En los periodos de mayor gravedad el rechazo a alimentarse persiste incluso dormida.

Se trata de una modalidad de repliegue-desconexión que aparece después de que se hayan desencadenado los vómitos, primeros mecanismos con los que esta bebé busca defenderse de las emociones maternas inasimilables mediante la excorporación.

Esta hipersomnia esta ligada a la utilización de unos recursos que buscan "refugio" en una modalidad de vida, más o menos anobjetal, desconectada de la percepción del hambre de alimento y de objeto nutricio, en una tendencia opuesta a aquella que, originariamente, permite que hambre y objeto nutricio acaben íntimamente asociados y que la pulsión se apuntale en la función de comer dotando de placer-satisfacción al acto de la nutrición.

El alta.

A los 16 días, con algún vómito aislado, Ana es dada de alta después de haberle practicado, entre otras pruebas, unas analíticas que señalaban una infección por rotavirus, aunque no se habían presentado las diarreas que suelen acompañarla, y una punción lumbar que descartó una infección de meninges.

⁴ En francés: Supresión.

Sin embargo, a los pocos días, vuelven a reintensificarse los vómitos y debe de ser reingresada. Sus pediatras, que han detectado en los padres un comportamiento especialmente irritativo y angustioso, solicitan una intervención psicosomática.

Primera entrevista.

Cuando llego, acompañado del pediatra de guardia que tiene interés en asistir como observador, encuentro al padre en el pasillo, mientras la madre de pie y cerca de la ventana, acompañada de una auxiliar, ha comenzado a alimentar con biberón a Ana.

La bebe se encuentra succionando lentamente del biberón.

Su mirada es inexpresiva y fría, absorta en otro espacio ajeno al de la posible interacción emocional con su madre e indiferente a los comentarios que ésta mantiene con la auxiliar. Comienzo a preguntar a la madre por la toma de su hija y al cabo de unos minutos la niña vuelve su mirada hacia ella. Señalo a su madre este movimiento diciéndole que la niña parece sentir el gusto de observarla. A lo largo del rato que permanezco cerca de la madre y de la niña, procuro hablarle de esa mirada atenta y delicada que la niña seguirá sosteniendo largos minutos.

Al llegar el padre y observar mi atención a su mujer, que me habla de la pequeña, comienza a hablarme de las grandes dificultades con una hija que no quiere comer, que vomita y con la que hasta ahora nada se ha resuelto.

Aunque lo atiendo, procuro seguir manteniendo mi mayor atención sobre la madre para investir a esta como principal interlocutora y garante de la comprensión y cuidados de la bebe.

Observo que el padre, que desde el primer momento responsabiliza a su mujer de la situación de la niña es portador de una intensa angustia y violencia y resulta una fuente de sobre-excitación para la díada madre-bebe.

Al percibir que la niña ya no succiona apenas, recomiendo a la madre que deje de insistir y le señalo los tiempos que he podido observar. Le explico que en el primero, aunque sin muchas ganas, Ana ha succionado bien mientras que en el segundo ha dejado de succionar y ya no existe interés por el alimento. Le digo que, por ahora, es conveniente detenerse al final del primer tiempo, sin terminar de saciarla, hasta la siguiente toma.

Poco después la madre deposita a la niña en la cuna y sigue hablando de todos los momentos difíciles que ha tenido que enfrentar desde los tres meses de embarazo de la niña, dejando bien claro que ella deseaba tener varios hijos y ese embarazo había sido plenamente deseado. Entonces me explica que al llegar al tercer mes de embarazo comenzó a sangrar con amenaza de aborto. Después de unos análisis se le comunicó el riesgo de tener un bebé con malformación por espina bífida. Se le recomendó reposo.

El momento de esta comunicación fue especialmente traumático ya que a partir de ese momento, temerosa de dar a luz a "un monstruo", dejó de investir y abastecer

libidinalmente el sueño de un bebe sano y vital:

“Yo no le hablaba como con el niño y me sentía culpable, no podía imaginármela, no como con el niño, no sabía con lo que me iba a encontrar”, me dice

Las fantasías monstruosas dieron paso a un intenso rechazo del deseo de tenerlo. Esperó a que en las siguientes exploraciones se le confirmara la deformidad del feto para acceder, con toda legitimidad, al aborto.

Inesperadamente las pruebas complementarias no lo confirmaron, aunque tampoco lograron eliminar definitivamente, el fantasma.

Mientras la madre sigue hablando de un período en el que ha vivido unos sentimientos terribles, el padre se desplaza hacia la cuna para volcarse sobre la bebe diciéndole cosas.

Es evidente que, disgustado y muy excitado por el desbordamiento de su angustia ante el relato de su mujer, ha tenido que cambiar de lugar. Después de unos minutos hablando y cogiendo a la niña, termina por sentarse a su lado mientras la toca.

Minutos más tarde, coincidiendo en que Ana empieza a gemir, decide cogerla en brazos y sacarla de la cuna para comenzar, claramente agitado, a moverla apoyándola sobre su pecho mientras le da unas palmaditas fuertes en la espalda.

Le señalo que parece haber ido a coger a su hija en un momento en el que él parecía encontrarse especialmente afectado por todo lo que estaba relatando su mujer y le digo que los padres podemos ir a consolar a un bebe o buscar el consuelo de éste para calmar nuestra angustia.

Entonces la deposita de nuevo y ésta comienza a llorar cada vez más fuerte. Su llanto va llenando como tercera voz el relato y la profunda e intensa experiencia emocional de sus padres.

En torno a éste llanto tan intenso, la madre me habla de que su marido no quiere que ella se queje de su malestar, dice que el no tolera que ella se queje y ella procura no hacerlo. Habla de su incapacidad para llorar a lo largo de todo el embarazo.

Comenta que ella sufrió mucho durante su embarazo; vómitos, dolor de ojos, de piernas, fantasías de muerte, soledad, prohibición de llorar e insomnio que todavía permanece.

En ese momento de la entrevista, el padre dice que llorar no sirve para nada. Según él, llorar empeora las cosas porque uno puede deprimirse. Insiste en que lo que hace falta son hechos concretos que aporten soluciones.

Le señalo entonces su profunda angustia y su sensibilidad y le digo que si él pudiera llorar se sentiría mucho mejor.

Es una situación en la que el llanto, que contiene momentos de una gran violencia, acaba en una experiencia de tristeza y recogimiento cálido que conduce a la bebé a dormir, después de que su madre, invitada por mi, la coge en brazos y la apacigua.

Al día siguiente me encuentro con unos padres más relajados, la madre me dice que la niña come mejor. Está más tranquila y ya no se mueve rehuyendo el biberón.

Ambos padres han sido niños expuestos a una experiencia interactiva temprana dura. La madre padeció anorexia infantil severa, largos periodos de enfermedad con una meningitis grave a los 17 años y padeció encierros “protectores” impuestos por una madre que la hacía depositaria de su angustia hipocondríaca.

El alta:

Catorce días después de un intenso trabajo psicoterapéutico con la triada, la niña se encuentra comiendo tan bien como en los primeros 15 días después de nacer. Se lo toma todo, no existe ningún signo de rechazo, ninguna regurgitación y la interacción con la madre es de buena calidad. Los ciclos del dormir son adecuados y la madre se encuentra muy contenta de la estabilidad lograda y del gusto que le produce alimentar a su hija. Pienso que el trabajo que queda por hacer para seguir tratando la grave situación parental, puede continuar desde consultas externas.

5 días después del alta se produce el reingreso.

El equilibrio emocional parental, especialmente el de la madre, es tan delicado que no ha soportado vivirse reexpuesta a las condiciones y a los recuerdos, angustiosos generadores de desorganización psíquica, con los que se ha reencontrado al regresar a casa.

La niña percibe, rápidamente, la emoción interna de su madre que se angustia ante el anuncio, deseado, de irse a casa. El resultado de ésta receptividad podemos verla en las regurgitaciones que aparecen el día en el que a la madre se le anuncia el alta y en la disminución de la cantidad tolerada a partir del día siguiente.

Ésta capacidad para percibir se produce, en general, desde el momento del nacimiento, aunque es, normalmente días más tarde cuando se produce una respuesta más organizada por un psiquismo capaz de dotar de mayor significación a las señales emocionales e interactivas de la madre.

Después de unos días de ingreso recomiendo a la madre que, de vez en cuando, vuelva sola a su casa, para observar cuidadosamente las sensaciones, sentimientos y pensamientos que experimenta allí.

Éste es un fragmento del primer comentario, de una serie de momentos relatados que van a permitirle reaccéder, poco a poco, a lo traumático:

M - “He estado en casa y me sentía muy bloqueada, desconcertada. Me he dado cuenta, estos días, que algo me pasaba...antes me daba cuenta, pero no tanto...lo que más me ha impresionado es el cuarto dónde le daba las tomas a la nena. Lo que pasa es que he perdido los papeles, no sé lo que me pasa.

P – No tienes porqué ser tú.

M – Llevo mucho tiempo sin dormir, meses, y no sé como una persona puede aguantar

tanto tiempo sin dormir.

Sabemos que las patologías psicosomáticas infantiles se encuentran, frecuentemente, asociadas a graves trastornos del sueño en las madres. El insomnio de ésta madre quedó resuelto en éste ingreso.

Después de constatar la persistencia del rechazo a alimentarse con la madre, indico, con el pleno consentimiento de los padres, que sea enfermería quien se haga cargo de las próximas tomas, a lo largo de un periodo que puede oscilar entre uno y dos días, siguiendo un procedimiento suficientemente experimentado en el Servicio. Tras ése periodo, en el que reaparece el hambre, es la madre y el padre quienes continúan alimentando.

Sobre el intenso llanto que la niña desarrolla con nosotros en los momentos de alimentarla.

Con Ana sucede como con otros bebés con graves trastornos alimentarios, derivados de su exposición a una relación traumatógena. El tiempo de alimentación con enfermería les ofrece la oportunidad de desarrollar un llanto intenso, que contrasta fuertemente con el comportamiento dócil y la apariencia sonriente e interactiva que presentan en el ingreso, tanto con la madre como con la pediatra que los examina.

Ana no puede llorar a solas con su madre ya que la reacción que se produce en aquella es, desde muy temprano, especialmente temida. La madre puede volverse aún más "dolorosa", aumentar su posición de sufridora y simultáneamente aumentar en ella la violencia y la negatividad de la que la niña se defenderá con una supresión del hambre que puede conducirla a poner en riesgo su vida.

Este llanto le permite restaurar un sueño profundo y reparador, muy alejado de la hipersomnía. Ana ya no se encuentra hipervigilante y tensa, se puede dejar ir, sentir, reconciliarse con su interioridad y recuperar el hambre.

Este proceso de auto-rescate que permite al Yo recuperar sus sentimientos de Ser angustiado o triste, recuerda el intenso movimiento respiratorio que se produce cuando alguien que se está ahogando debajo del agua sale a la superficie y consigue una gran "bocanada de oxígeno".

Silenciado por los mecanismos precoces que buscan desconectarle tanto de la percepción del mundo emocional externo como del interno, el yo queda atrapado en un estado de desabastecimiento pulsional, equiparable a la falta de oxígeno, que lo despoja de los recursos emocionales y cognitivos necesarios para gestionar su experiencia vital.

La negatividad materna.

Detrás de la dificultad de la madre para confiar en nosotros, se asoma una inercia negativizante. Nada va bien y ningún vínculo sirve verdaderamente. Ésta tendencia ha permanecido oculta detrás de las manifestaciones de angustia y desamparo. La soledad manifestada contiene otros motivos que la falta de objetos adecuados; contiene una tendencia a desestimar a los objetos cuando éstos no pueden ser controlados.

Aunque también vemos el debate que mantiene con una madre-abuela, “sufridora”, que se opone a su decisión de confiar en nuestro equipo y a su deseo de querer inaugurar un nuevo estilo de maternage que no repita la intensa inercia de dominio que la mantuvo tan controlada y encerrada en casa. Una madre-abuela que según dice la hija “si estaba bien sufría por si caía enferma, y si estaba enferma se enfadaba”.

Cuando recupera el hambre de comer la niña reclama a su madre como objeto alimentador.

Cuando la niña es rescatada de la situación traumatógena y vuelven sus ganas de comer, éstas lo hacen de forma simultánea a las ganas de madre. Ilustraré este hecho con algunos de los momentos en los que pudimos verlo.

Algunos días más tarde de ésta segunda intervención, cuando la niña ya se encuentra comiendo muy bien con la madre, observamos que en la toma de la tarde, que la madre había delegado en enfermería, la niña había tomado mucho menos. Las tomas anteriores eran de 120 ml y ésta había bajado a 45 ml, mientras que las siguientes, que volvía a suministrar la madre, volvían a ser de 120 ml.

Esta misma observación pudo hacerse en los dos días siguientes, en torno a una toma que la madre necesitaba delegar para poder irse unas horas a su casa. En una toma disminuyó a la mitad y en la otra simplemente no quiso, aunque al volver la madre volvió a tomar bien.

En éste momento en el que la bebé tiene **1 mes y 25 días**, se hace evidente que ahora que ha recuperado el gusto por su madre, la echa de menos cuando no es ella quien la alimenta.

Otra evidencia, de éste proceso, se manifiesta en los dos ingresos que se producen a las edades de **3 y 5 meses**.

El trastorno alimentario en los meses siguientes.

El trastorno alimentario que se inicia frecuentemente con vómitos, sigue paulatinamente con una disminución del apetito y con una clara manifestación de rechazo hacia el biberón y el alimento a los que inviste como fuente de lo traumatógeno.

Al alcanzar la suficiente madurez física realiza claros movimientos de manos y brazos para empujar con desazón y enfado al brazo alimentador y al cuerpo de la madre en el

momento de la toma.

Además se manifiestan otros procesos como evitar la mirada de la madre, no acurrucarse en el regazo, regurgitaciones, eliminación de la leche por la comisura de los labios a medida que entra en la boca, detención del proceso digestivo con, horas más tarde, vómito de la leche sin digerir y una progresiva y honda tristeza que hace su aparición de manera muy evidente en la segunda semana.

Sus ojos ojerosos se encuentran claramente hundidos y su mirada muy triste, se muestra fría y vacía. Aunque ofrece sonrisas ante mis solicitudes ó las de la madre, la rigidez de su expresión delata un estado de hundimiento y auto abandono.

Sin placer, los movimientos, tensos y excitados pasan, de pronto, a la posición de un cuerpo desplomado sobre la sillita. Así pues la respuesta sonriente y agitada que emite cuando es solicitada o cuando busca despertar la atención de su entorno, contrasta con el vacío de alegría, placer y vitalidad sosegada.

¿Qué es lo que produce inasimilación, rechazo y desamparo en este bebé?

La intensa pérdida de ternura⁵ de una madre atrapada en un movimiento defensivo, de supresión masiva de sus afectos, desde el que intenta protegerse del desbordamiento de las vivencias de intenso dolor psíquico que conmocionan su ser más profundo.

Este movimiento, que busca suprimir la percepción de la angustia vital en ella, genera varios efectos en el bebé:

El primero tiene que ver con su percepción de la abrumadora angustia y violencia interna de la madre que llega golpeando de pleno su alta sensibilidad receptiva, colocándolo en una situación de colapso psíquico.

El segundo tiene que ver con la percepción de un doble movimiento emocional del objeto materno que se produce, simultáneamente, en dos direcciones contrapuestas: por un lado la madre tiende al sobre apego y por otro al distanciamiento afectivo. Doble movimiento contradictorio que también impacta en la sensibilidad del bebé.

El tercero tiene que ver con la actividad supresora⁶ que la madre desarrolla, de aquellas manifestaciones sonoras y gestuales, espontáneas y subjetivantes, que el bebé despliega para expresar su individualidad emocional en busca de un objeto empático con el que compartir su **identidad emocional primaria** y co-narrar su experiencia dolorosa de vida.

El movimiento de sobre-apego materno debe de entenderse en el contexto de la reactivación de una angustia traumática, generadora de una intensa vivencia de desamparo que la madre, desde la confusión, llega a experimentar como si estuviera

⁵ Que acompaña al movimiento de desobjetalización.

⁶ En francés : Répressive

instalada en el bebé. Esta reactivación produce por un lado un intento de salvaguardia del bebé mediante un movimiento de recuperación del estado fusional primitivo, pero también produce otro movimiento que busca resguardo y amparo para sí misma a través del propio bebé.

La intensa retracción libidinal, coloca a la madre en una situación de profundo desamparo narcisista. Es la pérdida de la unidad narcisista maternal primitiva, experimentada con su propia madre, la que está en juego y la que, a mi parecer, la madre intenta desesperadamente restaurar mediante el colmatamiento de la brecha abierta en la línea de flotación de dicha unidad.

En el segundo movimiento, el bebé se vive expuesto a un desinvertimiento afectivo masivo al que, desde muy temprano, él reacciona con un procedimiento psíquico, de autoayuda, que busca su independencia emocional por la vía de la prematuridad yoica, para evitar la experiencia dolorosa de su pérdida.

Estos procesos tempranos, de rechazo de la alimentación, y de la representación psíquica primitiva del objeto, llevan al bebé, en última instancia, a **una agonía silenciosa** derivada de la experiencia de desamparo-desarraigo afectivo que lo despoja de la esperanza de poder renovar y conservar una experiencia placentera, continuada y confiable, con el otro y consigo mismo.

Es interesante pensar, que la modalidad defensiva que la madre usa ante su propia angustia puede orientar en el bebé la modalidad que éste va a utilizar.

El tiempo en el que la madre, afectada de un insomnio severo, no llora sino que suprime⁷ y desestima sus afectos, es el tiempo en el que el propio bebé permanece muy adormecido en el tiempo de las tomas. Adormecimiento, que busca reducir la percepción del estado emocional traumático, presente en la madre.

En contraste, tenemos el tiempo de nuestra intervención en el que el bebé ya puede llorar abundantemente su experiencia de confrontación al desasosiego, tiempo en el que reaparece el hambre y en el que la madre señala que su bebé la reclama abiertamente para que la coja en brazos y busca disfrutar de su regazo. Pero también está el tiempo en el que, después de enfadarse con el equipo y llorar su gran malestar, la madre accede a unas ganas de dormir que la introducen en un sueño profundo y reparador. Éste tiempo también coincide con la desaparición de la hipersomnia y la reaparición del apetito de comida y de madre.

El rechazo a alimentarse y el vómito buscan suprimir⁸ la experiencia de contacto con el contenido material, representante del contenido psíquico inasimilable, en un tiempo en el que aún no puede entrar en juego el desplazamiento fóbico sobre la figura del extraño.

⁷ En francés: Réprime.

⁸ En francés: supprimer

En esta situación en la que se intenta preservar la vida psíquica, protegiéndola de los contenidos psíquicos “tóxicos” provenientes del objeto, se pone en riesgo la auto-conservación somática.

El movimiento defensivo, temprano, de expulsión del alimento, se produce de forma simultánea al de expulsión de la experiencia emocional con un objeto constituyente de la vivencia de “plenitud del Yo”. Expulsión que expone al Yo a una renuncia desgarradora de su experiencia de ser.

El movimiento de reclamo de madre, posterior a los pequeños tiempos de separación en el que es alimentada por enfermería, permite deducir que en el estado anterior, de contacto continuo con la madre, existía una desconexión de sus apetencias hacia ésta. Esta situación, de retirada masiva de inversiones buscadoras del mundo emocional de la madre deja al bebé a merced de un estado de profundo desamparo-primitivo de naturaleza depresiva esencial⁹.

Al volver con su madre, después de cada una de las primeras tomas asumidas por enfermería, Ana deja de llorar por varios motivos:

Primero porque la recupera, aunque aún no se encuentra con una mamá capaz de producir satisfacción y generar dentro de ella un sentimiento sosegador. Y segundo porque es muy peligroso expresar con ella todo lo que vive. A ése riesgo, que no puede correr, se suma el mandato materno de prohibición de esa expresividad.

En éste contexto, recuperar al objeto materno permite una experiencia de reencuentro aseguradora de la compañía, completamente en oposición al movimiento interno que sigue buscando, **como defensa**, el desarraigo emocional.

Esta situación de apariencia paradójica, confunde a la hora de explorar e investigar los indicios semiológicos de posible sufrimiento emocional en el bebé.

Debajo de esta apariencia de niño risueño y cordial, que responde a las solicitudes, tenemos un drama oculto que se manifiesta, entre otros indicios, a través de ese rechazo progresivo de la alimentación y de la alteración del dormir.

La tragedia que se produce en torno a estos mecanismos de defensa, que buscan desconectar al bebé de la experiencia violenta de angustia-pánico, ligada a lo **traumatógeno**, es que le impiden experimentar la doble pérdida a la que se vive expuesto: Por un lado, la pérdida del objeto libidinal, y por otro la de **su propia** interioridad emocional, de la cual queda cortado, generándose en silencio un sentimiento de desamparo-desarraigo profundo, de su propia vitalidad que deja de abastecer su

⁹ Proceso ligado a la renuncia y por tanto pérdida de la presión pulsional invistiendo de las huellas emocionales y sensoriales, correspondientes a una modalidad de conexión con el mundo emocional materno.

experiencia de ser. Pérdidas dolorosas que no puede llorar.

Llorar con el extraño el desconsuelo, la violencia y el pánico, le permite desarrollar la experiencia de **recuperación** de su sentimiento de ser y junto a él, las ganas de recuperarse a sí mismo y de recuperar al objeto ligado narcisísticamente al propio yo.

Así pues, la vivencia de pérdida narcisística no sólo se debe a la pérdida del objeto libidinal sino a los mecanismos que el bebé pone en juego para desconectarse del dolor interno que se produce en él por la pérdida del objeto libidinal y por la exposición a contenidos traumáticos provenientes de él.

Por una parte, intenta dejar de percibir el dolor que genera dicha exposición mientras, por otra, sigue manteniendo vivo su interés por el objeto ligado a su propia supervivencia, dicotomía que agranda **el desencuentro en dos registros:**

En el primero conserva una alta sensibilidad receptiva de la interioridad emocional de la madre que, cuando ésta interioridad es de naturaleza traumatógena, conduce a una reactividad somática antes de que el psiquismo, falto de los recursos adecuados para la asimilación y la defensa, quede definitivamente colapsado.

En el segundo se constituye el reconocimiento de que la madre es la figura privilegiada para satisfacer el anhelo de apego anaclítico. Cuando se reencuentra con ella sonrío abiertamente, se alegra de manera evidente por recuperarla. Festeja su retorno.

La tendencia innata, que puja por constituir y conservar el apego anaclítico con el objeto, se va desgajando y separando de ese primer registro que continúa funcionando con un alto grado de autonomía. Desgajamiento que lleva a un desencuentro radical entre el yo-cuerpo primitivo y el yo buscador del apego y de la constitución de la relación anaclítica.

La independencia funcional de estos dos registros se ha constituido en muy poco tiempo en ésta bebé. La frase "**dejarse morir de hambre con la sonrisa en la boca**", describiría la paradoja de esta simultaneidad de percepción interna dolorosa y de búsqueda de relación con un objeto materno con el que no puede llorar el profundo desconsuelo que la anega detrás de la sonrisa.

Dos recursos ante lo traumático:

En el primer tiempo de exposición a lo traumatógeno se desencadena en la bebé una retracción que busca reinvestir, mediante el dormir, una vivencia intrauterina de sí más satisfactoria, mientras desinveste las huellas vivenciales y las percepciones somáticas pertenecientes al tiempo de la interacción post-natal.

Se trata pues de una redistribución de investiduras promovida para mantener ó conservar una experiencia de Ser que sirva de soporte de las investiduras y asegure la homeostasis

mediante una intrincación pulsional regrediente.

En el segundo tiempo, al reencontrarse expuesta al contacto directo y continuo con la madre, es cuando el llanto-dolor intenso y muy prolongado sobreviene. En éste tiempo la recepción del mundo emocional materno produce un efecto de intrusividad traumatógena que la vuelve hipóvigilante y le impide reencontrar, mediante la regresión, una experiencia de sí más sosegada.

Esta imposibilidad de escapar de lo traumatógeno la llevará a protegerse, mediante la desconexión radical de su perceptividad, de los contenidos sensoriales y emocionales propios y ajenos. Defensa radical que la deja atrancada.

Ésta situación, en la que no puede recuperar un reinvestimento regresivo de sí, es el tiempo en el que se experimenta una **despresión** pulsional esencial y desgarradora que afecta a su capacidad de conservar una experiencia libidinizada de la unidad de Ser

El dolor físico tan intenso es, en buena parte, la consecuencia del dolor psíquico derivado de la pérdida de la capacidad de poder seguir invistiendo al propio yo-cuerpo.

En ésta situación no es en el propio Yo donde esta bebé intenta modular los estímulos sino en la fuente externa de la que proceden. En la madre mediante una adaptación radical que evite nuevas emisiones inasimilables, a costa de una supresión¹⁰ de la perceptividad de su mundo interno y de su expresividad que lo llevará a un empobrecimiento dramático del investimento de sí.

Este bajo desarrollo de la propia experiencia de ser genera en el yo a una angustia terrible cuando se vive expuesto a la pérdida del objeto mediante el que ha intentado asegurar su propia homeostasis.

Las manifestaciones de sonrisa, aparentemente alegres del bebé ante las solicitudes del objeto, son manifestaciones que no están abastecidas por los contenidos pulsionales que han sido desconectados para evitar la angustia.

Las pequeñas separaciones que se producen al alimentar enfermería, ofrecen dos posibilidades:

En primer lugar la de poder expresar todo ese estado interno angustioso, desesperado y violento, que no puede expresar sin riesgo ante el objeto materno.

Y en segundo lugar, experimentar la separación del objeto y acceder a la experiencia de la pérdida afectiva vivida con él **y consigo mismo.**

Del lado materno vemos que la presencia de angustia traumática, de intenso dolor

¹⁰ En francés: Répression.

psíquico manifestado a menudo como dolor físico, de violencia a menudo subvertida por una docilidad adaptativa y de depresión de naturaleza esencial, son algunas de las situaciones emocionales que podemos encontrar en aquellas madres, frecuentemente atrapadas en la vida operatoria, que calman y silencian sin poder generar satisfacción en el bebé. Madres que se defienden de las emociones inasimilables intentando erradicarlas de la conciencia, suprimiendo¹¹ así tanto su expresividad como su perceptividad.

Pero sin recursos propios y sin una adecuada ayuda especializada que las auxilie para lograr su elaboración psíquica, éstos contenidos traumáticos permanecerán plenamente activos y transfundibles al bebé que se encuentra en una posición de inevitable indefensión.

Esta experiencia temprana va a generar en el bebé una **precocidad perceptiva** y un **estado interno de hipersensibilidad emocional muy reactivo** en el que la angustia del objeto materno va a resonar de una forma tan inevitable como inasimilable, produciendo en él una temprana vulnerabilidad psicósomática derivada de su extrema sensibilidad receptiva.

Así pues, aunque el niño desarrolle procesos defensivos de carácter y de comportamiento, entre otros, para evitar vivirse golpeado por el sufrimiento y la amargura, **sin embargo permanecerá conectado de manera directa en éste nivel primitivo de percepción de los afectos y sufrirá somáticamente las fluctuaciones emocionales maternas inasimilables.**

En ésta dinámica, no es la madre la que inviste con una carga de placer que permita al bebé vivirse fuente y objeto de disfrute. Lo que sucede es inverso, la madre demanda al bebé que la abastezca libidinalmente para vivirse objeto de satisfacción. **Demanda al bebé que la reemplace en su función vitalizante.**

Demanda radical que mantiene un apego fusionante, prohíbe la separación-individuación, y exige al niño sacrificado, convertido en “bebé sostén” ocupar un lugar de doble narcisista para evitar el derrumbe materno a costa de la renuncia de su propia singularidad identitaria.

El esfuerzo por rescatar y reanimar psíquicamente al bebé en estos primeros tiempos de la vida, busca asegurar su supervivencia física y evitar, en lo posible, que cristalice la inercia a reutilizar aquellos mecanismos de defensa, muy tempranos, que pueden conducirle a un grave déficit en el desarrollo de los procesos que permiten la asimilación y el aprovechamiento de la experiencia emocional derivada de la vida interactiva.

Defensa y déficit, dos caras inseparables y paradigmáticas de la vida operatoria.

¹¹ En francés: Réprimant.

