

## Traumáticas infantiles y su influencia en la edad adulta

**David Rosenfeld**

### **Introducción**

Primero haré una introducción de qué es lo que quiero mostrar y por qué escribo este trabajo.

Es para demostrar con algunos casos clínicos detallados y viñetas clínicas que los abandonos infantiles, los traumas infantiles, las muertes en la infancia o las ausencias transitorias, pueden impactar en la mente de un bebé y de un niño y dejar marcas que perduran en la edad adulta. Y también que siempre es posible detectar en los pacientes adultos, adolescentes o jóvenes adultos las marcas de los primeros momentos de la vida. Lo haré a través de mi experiencia clínica y distintos materiales. .

El trauma o traumatismo es un término antiguamente utilizado en medicina y cirugía. La palabra "trauma" proviene del griego, y quiere decir "herida". A su vez, deriva de otra palabra griega, que es "perforar" y designa una herida con efracciones, herida que perfora, abre, revienta, penetra, atraviesa, traspasa.

A nivel psicológico, traumatismo debería reservarse para las consecuencias del organismo físico de una violencia externa. Freud (1895) trató el concepto de traumatismo, en un principio, como una concepción "económica". Un fuerte crecimiento y envío de excitación sobre la vida psíquica que ha fracasado en su elaboración por los medios normales. Esto provoca trastornos durables en el funcionamiento energético de la persona. (Laplanche-Pontalis, 1967) (De Mijolla, 2002).

En otras palabras, el flujo de excitaciones es tan excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico que este es incapaz de descargar este flujo exagerado de excitación.

Además, Freud (1916) desarrolla que hay traumatismos y hechos en un segundo tiempo y no solo de las experiencias infantiles, donde está el origen de las fijaciones.

### **Introducción teórica**

La relación de los primeros años de vida del bebé con la madre lo desarrolla Freud en las relaciones primitivas con las etapas orales y anales. El trabajo que considero muy interesante para ver cómo la patología infantil se continúa en la edad adulta es su trabajo sobre las neurosis obsesivas y la retención anal, una de las muchas genialidades de Freud, donde desarrolla cómo los mecanismos anales infantiles reaparecen en la edad adulta con defensas obsesivas. (Freud, 1908).

El otro es "The sexual enlightenment of children" (Freud, 1907). Karl Abraham (1979) luego cita el trabajo sobre "Duelo y melancolía" (Freud, 1917), obra cumbre, el trabajo de Juanito (Hans), el famoso caso de "The sexual enlightenment of children" (Freud, 1907). Este trabajo fue una de las guías para el análisis de niños que realizaron y tanto influenciaron en el tema Anna Freud y Melanie Klein. Por supuesto, también las relaciones infantiles con la madre descritas por Freud en la temprana edad que incluyen sensaciones oceánicas de comunicación y fusión total (Freud, 1930) y el Complejo de Edipo, desarrollados especialmente en la relación del niño con la madre (Freud, 1924) (Rosenfeld, D., 1996).

Melanie Klein tiene los desarrollos de las relaciones más primitivas y más infantiles de la relación del bebé con la madre, que muchas veces lo escribe en código cuando habla de pecho. Cada vez que Melanie Klein habla del pecho está hablando de la madre, a veces como objeto total y a veces como objeto parcial. Es importante señalar que hay que saber entender que cuando ella desarrolla y explica un material clínico lo teoriza a nivel de un código: de un pecho que ataca, de un pezón que ataca. Son códigos para explicar lo que ella piensa pero no es eso lo que hay que interpretar a un paciente. (Klein, 1955 y 1975).

En su trabajo "Duelo y su relación con los mecanismos maníaco-depresivos" (Klein, 2004 reprinted), en mi opinión el mejor de sus trabajos, muestra cómo los primeros y primitivos mecanismos de defensa se vuelven a utilizar en situaciones traumáticas, como lo es un duelo. Y muestra que esos mecanismos son disociación, aumento de la poderosa identificación proyectiva, objetos parciales, elementos de la etapa esquizo-paranoide y la persecución aumentada, aumento de la negación

(*denial*). Señala cómo los primeros años de vida con sus mecanismos de defensa reaparecen en los duelos.

También describe el complejo edípico en las primeras etapas del niño, que es el Edipo precoz, que está ligado a las ansiedades primitivas. (Klein, 1945)

Anna Freud desarrolla los mecanismos de defensa del Yo. Es una importante pensadora teórica y brillante clínica. (1984 y *Collected Papers 1945-1970*).

De esta escuela, una de los más brillantes integrantes y maestra, fue Esther Bick. El trabajo que fue fundamental para el desarrollo de las teorías en relaciones infantiles y la relación con la madre y la envoltura psicológica de la madre, que ella llama "piel psicológica", está en ese trabajo que influyó mucho en la escuela inglesa. (Bick, 1968). Este trabajo marcó muchos de los trabajos posteriores de Donald Meltzer (1978) y de Didier Anzieu (1974).

Esther Bick ha creado el sistema observacional y clínico para observar la relación madre-bebé, que es un método creado por ella y que está marcando la formación de los nuevos psicoanalistas observando esa relación, ya que esta es la clave del futuro de la investigación en Psicoanálisis, entre otros puntos, hacer que todos los psicoanalistas tengan la oportunidad de seguir el método Bick para la observación de madre-bebé durante los primeros doce meses de vida. Es posible hacer diagnósticos en la relación madre-bebé y prevenir patologías graves que se desarrollan luego: psicosis infantiles, autismo infantil y todas las variedades de patologías autistas.

El otro es Spitz (1965), que ha mostrado en sus fotografías las caras de los niños abandonados antes de los primeros dos años de vida. Su línea ha marcado la investigación de las patologías infantiles. Lo mismo que Margaret Mahler (1968), que inició una teoría que marcó toda la teoría psicoanalítica norteamericana en la investigación de los primeros momentos de vida del bebé con la madre, en relación a la simbiosis útil para crecer. Cuando ella habla de simbiosis habla de una relación útil de contención mutua en el mundo propio, que ella llama "mundo autista". Pero Margaret Mahler, en comunicación personal conmigo, dijo que cuando ella pone "autismo" es simplemente una descripción desde el exterior que están en un mundo propio, de ningún modo implica la psicosis de autismo como enfermedad.

Winnicott (1962) desarrolla con un sentido común los temas más importantes del crecimiento y de la mente de un bebé y la relación madre-bebé. Además, lo vuelve a desarrollar, en una reedición de 1992, *De la Pediatría al Psicoanálisis* (reeditado), que es todo lo que como pediatra puede hablar acerca del psicoanálisis de niños, la formación de la identidad del niño, la importancia del juego, las identificaciones, la relación de la contención que él llama *holding*, que es lo mismo

que otros llaman contención. Y que para Margaret Mahler es simbiosis útil para crecer.

A continuación, mostraré los materiales clínicos.

### **La piel habla. El cuerpo habla**

#### **Labios sangrantes**

Se trata de una joven paciente de 26 años, que cada vez que había separaciones o cuando la terapeuta se iba y la abandonaba en las vacaciones, hacía un cuadro psicósomático, donde sangraba y se le salía la piel de los labios, la mucosa y el paladar.

La madre había muerto cuando la paciente tenía menos de dos años.

La hipótesis teórica para entender a esta paciente era mi teoría del esquema corporal primitivo psicótico, donde la imagen fantaseada del cuerpo es una débil piel que la envuelve y todo el interior lo imagina líquido. Para explicar el modelo habría que imaginar su esquema corporal como una gran pared arterial que envuelve su cuerpo, lleno de sangre o líquidos.

La primera etapa fue tratar de correlacionar la transferencia con la aparición de sangrados y lesiones sangrantes en la boca, el paladar y los labios. De a poco fuimos descubriendo que expresaba los abandonos del analista en un lenguaje corporal. Es decir, no podía expresar afectos en palabras y tampoco en sueños, ya que no hay símbolos en enfermedades psicósomáticas.

En este caso, hizo un cuadro psicósomático y no un delirio somático como el paciente de los murciélagos. La paciente muestra un cuadro donde el cuerpo es el que aparece perdiendo piel y sangre. En el delirio somático el paciente puede imaginar los murciélagos que salen de su mejilla, en el cuadro psicósomático es el cuerpo que habla, como en este caso.

Como escribió Winnicott (1962), al no estar diferenciado el bebé y la unión corporal con la madre y en una evolución adecuada, cada separación del pezón de la madre con la boca es vivido como si la madre, al alejarse, se llevara los pedazos de boca, de labios, de mucosa.

Esta paciente lo repetía en la transferencia cada vez que la terapeuta se iba. Repetía la catastrófica y traumática separación donde la madre-terapeuta se llevaba pedazos de piel y mucosa de la boca. Esta paciente en un momento tuvo

tales lesiones y pérdida de sangre, que tuvo que ser internada en terapia intensiva y alimentada en forma endovenosa.

En los labios había inflamación, pérdida de piel y hemorragias en los labios, el paladar y la lengua.

Durante muchos años trabajamos sobre los límites del cuerpo y de la imagen corporal (la fantasía). El modelo teórico fue mi teoría del esquema corporal psicótico primitivo.

A lo largo de los años descubrimos que estas lesiones aparecían en el momento de abandono de la terapeuta y esta fue la clave para el intenso trabajo en interpretaciones transferenciales.

Este caso clínico de una fantasía muy primitiva sobre su imagen o esquema corporal se fue transformando en una enfermedad psicósomática que, si se cronificaba, llegaba a niveles graves y que mejoró gracias al intenso tratamiento psicoanalítico.

Recién luego de cinco años comienza a simbolizar a través de un sueño. El sueño es el siguiente: sueña con un vestidito de lana tejido a mano que le cubre todo el cuerpo. Es la creación de una nueva piel que la envuelve a través del tratamiento psicoanalítico.

Otro sueño de este momento de simbolización es que sueña con algo sólido: le salen heces, materia fecal del ano, pero que no lo pierde sino que se introducen en otro orificio de su cuerpo, en la vagina, que de esta manera los contiene. Aquí ya podemos observar que ya no es sangre lo que se pierde sino que sueña con un esfínter anal, elemento sólido como las heces, y un agujero que los recibe. En este caso, la vagina.

Recién luego de poder simbolizar en sueños las fantasías primitivas de su imagen corporal y separaciones vividas como catastróficas la paciente mejora su cuadro psicósomático.

Es importante que los colegas lectores noten que a veces hacen falta 5 años para que un paciente pueda traer un sueño.

Como dice Shakespeare:

"if God doth give successful end to this debate that bleedeth at our Doors, we will our youth lay down to higher fields..."

(*Henry IV*, Part 2, Act IV, Scene 4).

### Los murciélagos en la piel

Hice unas entrevistas en el Hospital de Niños de Milwaukee, Chicago, y uno de los casos es un joven de alrededor de 20 años de edad, que alucinaba que desde sus mejillas salían volando murciélagos. Además, estaba paralizado en los miembros inferiores y decía que tenía cáncer.

En la entrevista, a mi alrededor, me acompañaba el equipo de neurocirugía y el de psicopatología. Al preguntarle por su familia, el paciente me cuenta que tiene una niñita de un año. Me dice que la madre murió año después de su nacimiento.

Cuando le pregunto por qué está en el hospital, me contesta que debe ser por los murciélagos que le salen volando de la mejilla hacia el cielo y el cáncer que le paraliza los pies.

Más adelante, le pregunto de qué murió la mamá y me contesta que de un lupus. Le pregunto si sabe de qué se trata esa enfermedad y qué provoca en la cara y las mejillas de los enfermos. Me dice que sí, que provoca marcas en la cara y en el cuerpo, que hace lesiones.

Un colega le pregunta cómo sobrelleva en ese momento la ausencia de la madre y cuenta que es muy religioso. Le preguntan si sabe dónde puede estar la madre muerta y contesta que en el cielo.

Insisto en preguntarle si sabe cómo son las manchas del lupus, porque es una enfermedad que produce unas manchas muy especiales. Casi al unísono, los dos decimos: "Tienen forma de murciélago".

Le digo: "¿No será que ahora que su hijita cumple un año -justo la edad que usted tenía cuando murió su mamá- es que está recuperando a su madre, imaginando que tiene murciélagos en la mejilla, que se van al cielo?"

Creo que usted se transformó en su mamá, es su manera de recuperarla. Imagina que los murciélagos, o sea la mejilla de mamá en contacto con la piel de un bebito, van al cielo. Es lo que usted intenta recuperar de la relación con su mamá.

Usted los tiene mentalmente y su mamá los tenía marcados en la cara. En el contacto piel a piel, mejilla con mejilla con usted, sale volando y se va al cielo. Porque usted dijo que los muertos van al cielo.

Los murciélagos que salen volando de su mejilla son la mamá que va perdiendo, que sale de su mejilla para ir al cielo. Pero lo hace a través de un delirio, a través de la marca que produce el lupus en la cara, que es parecido a un murciélago.

La mejilla de un bebé que contacta la piel de una mamá es el contacto más primitivo piel a piel con ella. Por eso intenta recuperar piel a piel, mejilla a mejilla,

el contacto de usted bebito con su mamá. Al mismo tiempo es su forma de llorar su pérdida con los murciélagos que van al cielo”.

La parálisis inferior, en lugar de un delirio, se había transformado en un cuadro psicósomático de parálisis y anestesia de miembros inferiores.

Mi opinión hacia el equipo médico era que había que cambiar el enfoque del tratamiento y que había que trabajar como que él se había transformado en la mamá. *HE BECAMES THE MOTHER*. Esta fue mi indicación.

Meses después supe que el paciente logró desidentificarse y creer que él se había transformado en la madre con lupus y lesiones neurológicas y parálisis, provocadas por el lupus, con lo cual se demostró que no era cáncer.

### **Clarisa y el no contacto en la piel**

Este es un caso de retención psicósomática de orina y enuresis.

Clarisa me es enviada para un tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico. Su aspecto era descuidado, tenía sus vestimentas desordenadas y el cabello despeinado, parecía una persona desaliñada, mal vestida, típica de una psicosis.

La paciente relata que tuvo un tratamiento medicamentoso psiquiátrico; luego de un episodio psicótico agudo estuvo internada en una clínica donde ya había estado antes para un tratamiento intensivo para adelgazar.

El padre la acompaña en la primera entrevista y me cuenta que el delirio ocurrió hace un año. Clarisa se sentía perseguida por los hombres, en especial por uno de los terapeutas y enfermeros de la clínica. Más adelante, durante el tratamiento, logro entender que era una persecución sexual, según lo aclaró la paciente más tarde.

También cuenta que dos años antes ella había comenzado un tratamiento psicológico porque se sentía mal. Clarisa en ese momento tenía 23 años, es negra. Su padre menciona el otro problema serio que es la enuresis de la paciente, de día y de noche.

En la siguiente entrevista, la paciente ya viene sola y me cuenta, entre otras cosas, que es hija de una mamá biológica negra, que sus padres adoptivos son blancos, que la adoptaron en un país vecino a la Argentina y que se separaron cuando ella tenía 14 años. Agrega que vive con su padre adoptivo. El episodio psicótico que tiene cuando está internada ocurre cuando muere su madre adoptiva, que vivía en un país limítrofe. La paciente, a lo largo del tratamiento, pudo

expresar más claramente la relación solo formal del padre hacia ella, ya que se ocupaba de lo material y lo formal, pero era muy frío y distante emocionalmente.

La paciente vivió con sus padres y la abuela materna hasta los 11 años. Luego del divorcio de sus padres se mudaron a Buenos Aires. Es decir, que hay un dolor muy grande que ella transmite en su voz acongojada, cuando se separa de la abuela y deja el país donde vivía.

En el tratamiento observaba cómo la paciente repetía frases y comentarios de otros psicoterapeutas y psicólogos con los cuales ella había tenido pseudo-tratamientos. Una de las frases que la paciente repetía con insistencia era que ella se masturbaba con su orina, refiriéndose a su retención de orina. Repetía esto como si fuera un eslogan, entonces le pregunté si era Clarisa la que hablaba o repetía lo que le habían dicho acerca de la retención de orina.

En otra sesión, comienza a hablar un aspecto muy importante de su historia. Cuando nació, pesaba menos de 3 kg. Y su madre adoptiva no osaba tocarla; solamente tenía contacto con pedazos de algodón, tanto miedo tenía de hacerle daño si la tocaba con la mano. Mientras, ella quedaba inmóvil en la cuna, con las manos cruzadas, en silencio. Esto me hizo pensar que era una forma de acorazarse, defenderse, como con algo rígido. Hasta pensé en defensas autistas. Le señalo, durante la sesión, que ella hacía lo mismo en sesión, que estaba toda acurrucada, cruzada de brazos y piernas, envuelta en un echarpe enorme, como una gran coraza. Que ella estaba envuelta en eso y no se lo sacaba en toda la sesión. Interpreto los temores persecutorios hacia mí.

La abuela materna (mamá de su madre adoptiva), con la que vivió hasta los 11 años, por el contrario, la abrazaba, la tenía fuertemente en sus brazos, la acariciaba, la tocaba piel con piel. Esta abuela la ayudaba a estudiar, a vestirse, la llevaba a pasear. Era una abuela amada profundamente por Clarisa. Así descubrimos que la paciente se sintió vaciada, absolutamente vaciada, y sufrió una catástrofe afectiva que vivió como un descuartizamiento mental, un desgarramiento mental, psíquico, a raíz de su mudanza a Buenos Aires y la separación tan traumática de su abuela.

Durante los meses siguientes de tratamiento, descubro la enorme catástrofe psíquica y afectiva que fue el desgarramiento de separarse de la abuela tan querida. Ella confiesa en algún momento que nunca había podido hablar ni había podido comprender el terrible sufrimiento y duelo que era esa separación.

El terapeuta pensó que la enuresis diurna y nocturna era una forma de mostrar el vaciamiento mental que sufrió con la pérdida de la abuela.



Unos meses más tarde, la paciente empieza a mostrar un aspecto físico un poco más cuidadoso y limpio, y se viste mejor. Un día dice que comenzó a pensar y reflexionar cosas que yo le interpretaba.

Los meses siguientes de tratamiento, Clarisa dice que siempre sintió un agujero en el alma y en el cuerpo y que ahora comprendía cómo se relacionaba con el desgarramiento afectivo luego de separarse de su abuela querida.

Al finalizar el primer año de tratamiento, trae su primer sueño. Sueña con una maestra que le enseñaba Geografía en la escuela. Esta maestra era la única persona a la cual le había podido hablar de sus sentimientos de soledad y de sentirse fea. Agrega que se sentía muy aislada y fea. En el sueño habla con esa maestra, quien le dice que no se preocupe tanto, que en el futuro va a tener hermosos hijos. La paciente agrega que es la única persona con la cual pudo entrar en contacto en la escuela primaria. Clarisa comenta: en mi sueño, la maestra tenía un color de piel más oscuro del que tenía en realidad, era casi tan negra como yo, no era como mi familia adoptiva que tiene la piel muy blanca. Le pregunto si no pensó que en el sueño había transformado a la abuela, que estaba en ese momento muy anciana y enferma, en una persona joven, con la que ella podía tener una comunicación como tuvo hasta los 11 años. Le interpreto: "La maestra del sueño es joven, está en un estado mejor de salud que su abuela actual, pero usted puede hablar con ella de lo que siente y ella puede hablar de usted. Esa maestra parece representar, tanto la madre biológica, que tenía seguramente el mismo color de piel negra, como los buenos contactos con la abuela".

Se queda pensativa largo tiempo y más adelante le pregunto si no encuentra que el sueño también tiene que ver conmigo, que encontró una persona en este colegio, en esta sesión, que la puede escuchar y entender.

A medida que avanzaba el tratamiento, comenzamos a entender sus temores más primitivos de persecución, que yo antes interpreté en la relación transferencial conmigo, que parecen ser una forma de sexualización de sus terrores más primitivos. La paranoia y el terror infantil unidos a mecanismos autistas y, además, transformados en persecución sexual. Ella tenía un gran temor y terror del mundo exterior y de la soledad. Se defendía aislándose y acorazándose, como cuando venía con los brazos cruzados y todo su cuerpo envuelto en un enorme chal. Pensé en la coraza autista.

La paciente, después de haber perdido a la abuela tan querida, parece haberse procurado sensaciones corporales de tipo autista, como una forma de sentir que ella existía y estaba plena y llena. Es decir, no vacía. Es posible teorizar: la paciente

trata de llenar con grandes cantidades de comida o retener grandes cantidades de orina en su vejiga para sentir que está plena y no vacía.

Cuando Clarisa repetía lo que le habían dicho otros terapeutas, que se masturbaba con la orina, yo le dije que me explicara porque no entendía bien. Me explica que ella repetía lo que le decían los terapeutas anteriores. Me cuenta que retiene su orina hasta el punto que ya no puede retenerla más, entonces corre al baño y a veces no alcanza y se orina en el camino. Acá pensé cómo la pérdida constante de la orina a través de la enuresis era mostrar el vaciamiento mental por perder a su madre biológica y a su abuela. Por otro lado, retenía orina como forma de retener en el cuerpo los objetos perdidos.

Cuenta que en el episodio psicótico de delirio de persecución, en la clínica donde estaba internada, había engordado de golpe 20 kilos. Mis interpretaciones le sugieren que ella tiene necesidad de sentirse plena y de sentir su vejiga llena para no sentirse vacía. Cuando esto no alcanza come para sentir el estómago lleno y no vacío. Pero que tiene que ver con el vacío mental: la pérdida de la madre biológica, luego la pérdida de la madre adoptiva con el divorcio, con la cual pierde relación al mudarse a Buenos Aires, y la de la abuela que está en otro país. Más adelante, ocurre el episodio psicótico cuando la madre adoptiva muere. Come grandes cantidades de comida a los fines de buscar sensaciones autísticas sensoriales en la boca, como pasa muy frecuentemente en la bulimia. En realidad es no dejar de tener sensaciones en la mucosa de la boca, en el paladar, con comidas específicas.

Le pregunto sobre retención de materia fecal. La paciente dice que también la retiene y me pregunta si es por la misma razón. Le digo que sí, que ella hace todo eso, posiblemente desde bebé, para provocar sensaciones corporales que la hacen sentir totalmente llena. A nivel teórico, pienso en la búsqueda de sensorial autista, que es la forma más primitiva de sentir la existencia y la no desaparición del *self*.

Más adelante, la paciente comienza a hablar del recuerdo de la separación de la abuela. Lloro y sollozo durante toda la sesión. Finalmente me dice: "¿Entonces es por eso que yo comía de esa manera y guardaba mi orina?". Le contesto que sin estas sensaciones en su cuerpo, ella cree que no existe, que desaparece como persona. La sola manera de saber que no desaparece y deja de existir era provocarse estas sensaciones corporales en la boca, en la mucosa, reteniendo la orina o heces y reteniendo sensaciones con las comidas. Pienso teóricamente que estas son las sensorialidades autísticas de la primera infancia que ella trata de procurarse hoy, que es adulta.

Al año siguiente, Clarisa puede establecer una mejor relación con el terapeuta y habla más de las sensaciones autísticas y el episodio psicótico. Le digo que posiblemente había una motivación similar, que ella prefería hacer un delirio en el cual era el centro de atención de todos los que la rodean, porque si ella tiene un delirio de que la persiguen, ella es el centro de atención, puesto que todo el mundo la observa y la persigue. De sentir que ella era la niña abandonada por su madre biológica y enseguida por la abuela querida. En cambio, con el delirio, ella es el centro de atención.

La paciente, luego de un año y medio, mejoró mucho en la posibilidad de escuchar y tomar contacto con sus emociones actuales e infantiles. Decidió retomar sus estudios, aunque se sentía extraña en Buenos Aires, ya que era la única alumna negra y creía que la discriminaban. Con el tiempo, descubrió que no era así. Adelgazó 20 kg., y un familiar le pagaba los estudios y le compraba ropa muy elegante. Así, en lugar de ser desaliñada con la ropa y el peinado, se transformó en la "gran belleza negra", como le dijo un profesor de la facultad.

El tratamiento tuvo que ser abandonado por dificultades económicas. Además, el padre comenzó a hablar mal de los judíos y los negros, lo que le provocó un shock a Clarisa. En un momento muy triste, con voz angustiada y acongojada, dijo: "¿Entonces mi papá nunca me quiso porque era negra?"

### **Modelos teóricos**

La forma de teorizar acerca de esta paciente está basada en conceptos teóricos de trabajos de psicósomática de Joyce Mc Dougall, Pierre Marty, Tustin y Liberman.

En general, los pacientes psicósomáticos, que tienen una base infantil con componentes autistas, se envuelven en un mundo de sensaciones corporales y táctiles. Por lo tanto, al estar atrapados en su propia sensorialidad autista, a nivel del intestino, las heces, la orina, la vejiga, la boca, quedan atrapados solamente en sus sensaciones en la mucosa, en la vejiga o en el intestino y les perturba el contacto con el mundo exterior. Con lo cual, al no haber contacto, se provoca un trastorno donde no hay proyección y no hay introyección. Se genera una forma de pensamiento concreto, que Pierre Marty llama "pensamiento operatorio", es decir, mecánico, repetido.

Estas actividades de búsqueda de sensación autista tienen una forma y un rol dominante en su vida porque es la única forma de creer que tienen, de esa manera, un esbozo primitivo de identidad.

En algunos cuadros psicósomáticos y psicóticos, cuando hay encapsulamiento autista, a veces ocurre que se abre la cápsula y hacen un episodio psicótico como aparece en esta paciente. Con la ruptura de la cápsula autista puede aparecer un episodio psicótico. Creo que esta es la mejor explicación de por qué de defensas de encapsulamiento autista, que se abren, se arma o se transforma en un episodio delirante.

En otros casos, como ocurre en trasplantes cardíacos, es común que surja una nueva hipocondría sobre el órgano que se ha trasplantado. Trato de explicarlo con una nueva teoría que tiene relación con sensaciones corporales autistas y sensaciones corporales primitivas, pero que se confunden con cuadros psicósomáticos. El síntoma psicósomático da a estos sujetos una sensación de identidad, una primitiva sensación de existir, similares a las sensaciones corporales que los niños autistas a veces buscan, provocándose con su cuerpo contra objetos duros, con la lengua contra los labios, etc. Por eso a veces estos pacientes son difíciles de tratar a una edad más avanzada porque la desaparición del cuadro psicósomático equivale para ellos a la desaparición de una noción rudimentaria de identidad. Esta definición de que a veces la pérdida del trastorno psicósomático en muchos pacientes equivale a la desaparición de una noción de identidad, explica cuadros psicósomáticos que son muy difíciles de cambiar y modificar porque está en juego la noción de pérdida de identidad.

Es bueno recordar a quien ha investigado tanto en la escuela francesa en Psicósomática, Pierre Marty. Él señala la importancia de crear una técnica especial, pero donde los psicoterapeutas tengan la posibilidad de un análisis personal, dada la gran frecuencia de transferencias negativas del paciente psicósomático. Y si no tiene su análisis personal queda frenado en la posibilidad de comprender a los pacientes.

En cuanto a la técnica de tratamiento de pacientes psicósomáticos, mi posición es firme. A veces hay que esperar varios años, pero se puede modificar. Un trabajo mío, publicado en el libro (Rosenfeld, 1992) donde fue necesario esperar 7 años para que el paciente trajera su primer sueño y hubiera una leve mejoría de un cuadro grave de colitis ulcerosa.

También Joyce Mc Dougall habla de la dificultad de simbolización de estos pacientes, que es la teoría básica de Liberman. En la prehistoria, las palabras son menos importantes que las percepciones olfativas, táctiles o auditivas para entender, en fin, el ligamen entre sufrimiento, angustia y alegría. (Tustin, Mc Dougall, Marty).

En síntesis, una explicación de los cuadros psicósomáticos sobre la base de los encapsulamientos autistas es lo que teorizo en este caso clínico de una paciente en el que hay trastornos en el contacto con la piel, pero sin lesiones en la piel o úlceras en la boca o en los labios. Y tampoco hace un delirio donde le salen murciélagos de las mejillas, como ocurría en el otro caso citado.

En cuanto a la técnica psicoanalítica en la transferencia, es importante tener en mente un modelo de investigación, en el que el lenguaje corporal es la forma de expresar afecto, angustias y temores. Pienso que nuestra tarea como psicoanalistas es tratar de comprender en la sesión por qué aparecen cuadros psicósomáticos en un momento específico de la sesión. O en un momento específico antes de las vacaciones de verano. O, lo que es más interesante, después de una de nuestras interpretaciones.

Esto es un problema metodológico, de investigación. El verdadero investigador y curioso deberá ver a su paciente lo más seguido posible y descubrir de un día a otro, de una sesión a otra, sutiles y microscópicos indicios transferenciales. Si estos indicios son descubiertos y puestos a la luz en la interpretación, en forma abierta, y pueden ser traducidos en palabras hacia el paciente, es posible, a lo largo de un par de años, descubrir los factores actuales transferenciales infantiles que han desencadenado los más severos cuadros y síntomas psicósomáticos. (Rosenfeld).

### **Piel de asno: ausencia de contacto piel a piel**

Otro paciente que traté muchos años fue enviado -o abandonado- al norte argentino para que lo criara una nodriza sustituta durante el primer año de vida.

Contó que la madre era muy rara, no lo tocaba y le servía galletitas o chocolate en mal estado cuando era niño.

Julián sufría un cuadro severo de descamación de la piel. La hipótesis era que iba perdiendo el contacto piel a piel que nunca tuvo durante el primer año de vida.

Tenía 35 años de edad y era asmático desde la infancia y tenía alteraciones de la piel, que se le descamaba y perdía constantemente.

En las sesiones sutilmente menospreciaba el análisis. Se oponía a todo lo que le decía y luego trataba de "cooperar" con el fin de "ayudarme" para que no me "sintiera mal". De esta manera, se transformaba en el pecho nutricio y negaba su necesidad de ayuda, situación que parecía estar conectada con su experiencia de relaciones de objeto tempranas.

Según Julián, su madre "se libró de él" en su primer año de vida y lo amamantó una nodriza contratada. La nodriza hablaba un dialecto diferente.

El padre parecía psicótico, detrás de una fachada de adaptación social bastante frágil. Hablaba de todo y nada, y comentó hechos conocidos solamente por él.

Julián se esforzaba por convertirme en una especie de autómatas que daba las respuestas que él mandaba a través de su material. Yo parecía ser la nodriza que debería responderle como una nodriza contratada por dinero, responder como un autómatas.

Relataré un sueño que trajo el paciente:

"Tuve un sueño, un sueño donde caía en un pozo profundo, con barro en el fondo. Estaba callado y no sabía cómo salir. Traté de salir del pozo donde había barro y tierra, donde había una especie de clavos, aproximadamente 40 cm, que estaban en toda la pared del pozo. Algunos estaban bien clavados en la pared, otros estaban sueltos, otros estaban en mal estado, algunos estaban doblados."

Siguió relatando que trató de subir el pozo a través de los clavos que lo rodeaban. Como estaban sueltos, se resbalaba y se caía o le perforaban la piel por todas partes. Trataba de subir.

"Me sentía ahogado, asfixiado, estaba cubierto de lodo. Después de un gran esfuerzo, cuando estaba agotado, perforada la piel por todas partes, resbalándome, logré treparme a los clavos que cubrían las paredes y llegué arriba, cerca de la superficie. Esa no era la salida. Antes de eso había escaleras de mármol, de piedras pulidas, con una hermosa luz artificial, y entonces pude salir, subiendo unas hermosas escaleras que conducían a una sala, como si fuera la salida de una sala o un vestíbulo muy bonito".

Esto lo asoció con el recuerdo de una ocasión en la que estuvo absolutamente solo en el campo, sin sus padres, en busca de ranas y renacuajos para evitar los sentimientos de soledad. Tropezó y cayó en un charco. Narró este episodio para referirse a "cosas que hago cuando estoy solo". Esta situación se vinculó a una época en que los padres lo abandonaron y vivió con la nodriza en otra casa (tengan en cuenta la conexión entre esta época de su vida y su experiencia temprana de ser amamantado por una nodriza contratada).

El material del paciente se interpretó de la siguiente manera:

Tuve que abandonarlo el viernes y no sintió que el analista lo apoyara, nadie lo sostuvo en los brazos, cayó en un pozo profundo donde no había nada para aferrarse, como un bebé siente que su madre, en lugar de sostenerlo para alimentarlo y abrazarlo, lo suelta, de repente lo deja caer y, o que es peor, lo deja solo sin comida. El hecho de que la escena ocurriera en la oscuridad representa la época en que el bebé se queda solo, como se sintió durante el fin de semana, sin las sesiones y el psicoanalista.

El sueño muestra evidencia de las emociones que experimentó por primera vez el fin de semana.

Esther Bick señala que los clavos realmente simbolizan las uñas, las cuales representan la primera expresión de un contacto agresivo anterior a los dientes. Los clavos representan las uñas en su doble rol: agresivo y de autocontención, ya que también le ayudan a sostenerse, a apoyarse, a evitar que se caiga y logre subir.

Para finalizar, el sueño representa mucho lo explicado por Winnicott (1962) (Painceira, 1997) (Avenburg, 1975) sobre la caída en un pozo sin fin y que muchas veces tiene tendencia a recurrir, como dice Winnicott, a la creación de un falso *self* como sistema de adaptación a la realidad.

Esta aparente madurez o pseudo-madurez, como era este paciente en su vida exterior, no alcanza a solucionar los problemas subyacentes de su mente.

## **Traumas infantiles en anorexia, drogadicción y psicosis**

### **Anorexia**

Otra paciente relata que su madre había tenido una hemorragia postparto por una mala cirugía por cesárea, mientras la llevaba en el cochecito por la vereda, cuando ella era un bebé. La hemorragia es gravísima y queda tendida en la calle. La cuidan unos abuelos mientras su madre estuvo varios meses internada. ¿Qué provocó en ella? Provocó una psicosis, un cuadro psicossomático de anorexia y de bulimia. El vómito de situaciones intolerables a nivel mental los evacuaba a nivel corporal, si se sentía abrumada o estaba invadida, y lo hacía a través del vómito de la comida. En los momentos de soledad hacía grande comilonas bulímicas. La anorexia estaba mezclada con bulimia. Hay anorexia por un lado y bulimia por el otro, y se intercambian.

Lo grave de esto es que hizo varios cuadros de anorexia, y a raíz de ellos perdió dientes por los ácidos del vómito y también el pelo, que cubría el diván de mi consultorio, y le ocasionó trastornos en las uñas, etc. (Rosenfeld, D., 2008).

Este modelo traumático de la separación abrupta con su madre era reactivado en cada separación con el psicoanalista. La paciente pudo poner en palabras lo que significaba cada separación: "una aniquilación, una desaparición". Esto me lo pudo transmitir a través de un sueño, luego de muchos meses de tratamiento.

La paciente dice: "Si mi mamá muere, yo enseguida muero también". Es decir, en otras palabras, cada separación mía era la desaparición de ella misma.

No importa que haya tenido anorexia o bulimia antes del tratamiento. Lo que me interesa es darle un sentido vívido en relación a la transferencia conmigo.

En muchos de sus sueños aparecen serpientes, dientes que atacan, como en algunos cuentos de hadas infantiles. Esto se lo interpreté como que eran los terrores más primitivos del bebé que sigue existiendo en su mente.

La paciente habla en forma muy rápida, sin pausas. Creaba una muralla infranqueable. Cuando me pudo empezar a escuchar, pude interpretarle la anorexia en los oídos, ya que, en las sesiones, el alimento psicoanalítico entra por los oídos: las palabras.

Este abandono traumático de la madre, provocado por la hemorragia en la calle, es repetido por la experiencia traumática que sucede cuando un novio, caminando por la calle, le dice que la abandona y rompe el noviazgo.

Luego de esto, reacciona con un episodio de violencia y, al llegar a la casa, rompe la vajilla, algunos muebles, y le rompe un hueso a su padre, lo que obligó a internarla en una institución psiquiátrica.

El conjunto de síntomas de esta paciente pueden ser tomados sobre la base de la relación interrumpida de la madre con el bebé. Como lo dice Margaret Mahler (1968), no se pudo crear una simbiosis útil para crecer. Otros síntomas psicopatológicos pueden ser fundamentados por las teorías de Otto Kernberg (1984), sobre los casos límites o *borderline*.

"Psicosis. 11 de septiembre"

Nuevamente la historia de un niño que pierde bruscamente contacto con su padre y su madre al año y medio de edad. El título del capítulo de mi libro es "11 de Septiembre de 1973", la fecha del golpe de Estado en Chile, donde se bombardeó el palacio presidencial y asesinaron al presidente Salvador Allende. (Rosenfeld, D., 2009).



Trabajo en este caso con la teoría del autismo encapsulado, es decir, mecanismos autistas muy poderosos que encapsulan una parte de la mente y que ese mecanismo autista sirve para "preservar". Que haya mecanismos autistas que sirvan para preservar y no para enfermar, es una de mis teorías.

Esto es muy distinto de las teorías de Frances Tustin (Rosenfeld, D. 2006 b).

Relato el historial clínico y el tratamiento conmigo (descrito en el libro *El alma, la mente y el psicoanalista*. México, Editorial Paradiso, 2011.)

Al comienzo, la historia familiar del paciente aparece confusa y desordenada y recién se descubren las etapas y las fechas después de largos meses. En el consultorio hay actuaciones violentas, en las cuales expresa sin palabras sus estados mentales y su sufrimiento. Rompía los almohadones y el cuero del diván, y otras veces se sentaba en el suelo como un bebé de un año y medio.

Es importante decir que este paciente comienza el tratamiento conmigo cuando sale de una internación psiquiátrica en un hospital, luego de un episodio psicótico.

A través del tiempo comencé a entender cómo los padres habían sido secuestrados y horriblemente torturados por los servicios secretos de la dictadura chilena de Pinochet. Cuando los militares irrumpieron en la casa de sus padres, tiraron al bebé por una ventana que daba al jardín y lo recogió una vecina que lo entregó rápidamente a su abuela, una mujer muy cariñosa, que lo cuidó por muchos años.

Luego de varios años los padres huyeron de Chile con el niño, se refugiaron en una abadía de Brasil y luego huyeron hacia la Argentina y pudieron esconderse en los suburbios de Buenos Aires, gracias a amigos, dado que en una ciudad tan grande es más fácil pasar inadvertidos. Allí, el paciente pudo ir a la escuela primaria y luego a la secundaria.

En este caso, los traumatismos que había sufrido el paciente provocan en su adolescencia episodios psicóticos. También la expresión de sus episodios psicóticos los repite en el consultorio en la transferencia conmigo, cuando rompe los objetos del consultorio, insulta, grita, etc. Cuando lo vi le propuse venir al consultorio dos veces por día, que es de la forma en que yo trabajo cuando trato a un paciente que está saliendo de una internación psiquiátrica por una psicosis.

En general, se vestía desaliñado, desordenado, usaba medias de distinto color y también las zapatillas de distinto color. De esta manera expresaba el desorden mental.

Mucho tiempo después, el paciente habló de su abuelo, un prestigioso periodista que no apoyaba la dictadura de Pinochet, y me cuenta que había sido salvajemente asesinado. Yo le interpreto que la más terrible desaparición es creer que

desaparecen los recuerdos de tu mente. Le dije que tenía muy buenos recuerdos de los padres y del abuelo en la mente y que yo iba a tratar de recuperar lo mejor que recibió de la mamá y el papá, que por suerte estaban vivos. Y que recuperara del abuelo la admiración que tenía tanto él como su familia. No todo ha desaparecido del interior de tu mente. Le repito que trataré de recuperar al papá y a la mamá dentro de su mente.

Como ocurre con los sobrevivientes de campos de concentración nazis, nunca cuentan a sus hijos ni a sus familias las torturas que han sufrido. Un día la madre invita a unas amigas a tomar el té y el paciente escucha detrás de la puerta de la cocina. Me cuenta lo que escuchó:

“Escuché cómo obligaban a mi madre a comer las defecaciones, le ponían en la boca sus propios excrementos. Yo sé que los militares han torturado a todos, también sé que a las mujeres las hacían violar por perros doberman. Le hacían comer las defecaciones, los perros violando... esto era Pinochet y el Plan Cóndor”.

Cuando él cuenta todo esto, yo como analista, me quedo paralizado emocionalmente. El paciente llora y a mí también se me escapa una lágrima. El paciente quedó silencioso largo tiempo, sorprendido de las cosas terribles que por fin pudo poner en palabras.

Le dije que al fin podía poner en palabras lo que es innombrable y podía ponerlo en palabras para compartirlo conmigo. Pero el silencio no duró mucho. Se levantó, tomó el almohadón cilíndrico del diván, lo levantó, lo golpeó contra la pared y contra el piso. Rompe el cuero y lo destruye. Luego tomó otro almohadón, lo golpeó mientras gritaba y, finalmente, tomó un tercer almohadón. Yo quedo en silencio, paralizado, pero en medio de eso traté de pensar qué es lo que me quería transmitir sin palabras. Mis emociones contratransferenciales eran muy intensas. Agitado, tenso, el paciente se sentó en el suelo y me dijo que no tenía más medicamentos, que quería recibir más Melleril.

Acá le interpreté lo que pude pensar en ese momento: que se quiere desembarazar, sacar la tristeza, el dolor, la soledad, en fin, todas las cosas intolerables que no puede contener en su cabeza. Que trató de evacuarlo con gritos, que era el dolor psíquico. Y todo eso no alcanzó, que por eso me pedía más medicación.

Luego de largos meses de tratamiento, el paciente recupera canciones de cuna y a veces me pide que tararee con él. (Rosenfeld, D., 2006 b).

En otra sesión trae y lee un poema de un poeta chileno, que dice:

*Lloro con cada recuerdo  
a pesar que me contengo.  
Lloro con rabia pa' fuera  
pero muy hondo pa' dentro,  
palomita verte quiero.*

El poeta era Víctor Jara, músico y poeta que fue detenido en el famoso estadio donde alojaban a los prisioneros políticos en Chile. A él le cortaron la mano derecha para que no pudiera jamás volver a tocar la guitarra. (Cuando leí esto en una conferencia en Dinamarca y Suecia el año pasado, me interrumpieron para decirme que el más famoso compositor sueco tiene una de las canciones más famosas que se llama "Dedicado a Víctor Jara". Y todos los alumnos empezaron a cantarla en medio de mi conferencia. Fue un momento inolvidable para mí).

El paciente recupera el poema de Jara, que habla de lo que sufre, y también recupera canciones infantiles conmigo. Me pide que cante con él muchas veces y cantamos las canciones infantiles conocidas, como algunas de María Elena Walsh.

Me dice: "¡Bravo, Rosenfeld, bravo! ¡Qué suerte, che, que canta conmigo! Me mandaron a otro terapeuta y podía estar toda la hora sin hablar él. ¡Qué horror, estaba loco!".

El encapsulamiento autista se abre y los buenos vínculos y canciones infantiles que tenía preservados en esa cápsula, en una parte de la mente y no en toda la mente, permite guardar los buenos vínculos, las canciones de cuna que recupera cantándolas conmigo. Conmigo recupera el año y medio de edad, con las canciones de cuna y las canciones infantiles. El encapsulamiento autista permite preservar los buenos aspectos infantiles.

La música de la infancia es un ejemplo de la forma en que está escondida en esa cápsula autista preservada. Al cantar a dúo conmigo se recrea la fusión y la simbiosis infantil que tuvo en su infancia y reencuentra la simbiosis con sus padres y la recupera conmigo. Yo me incluyo en ese vínculo emocional con él a través de la música (Mahler, 1968) (Rosenfeld, D., 2011).

En una oportunidad tuvo que viajar a Chile para buscar un trabajo. Al volver, después de varios meses, viene silencioso, me mira a la cara de cerca, se acerca para verme el rostro, los ojos, me mira a ver si soy yo, toca el escritorio, recorre con la mano los muebles, el escritorio. En silencio se sienta en el suelo con los pies cruzados en el suelo, como un bebé de un año y medio. Después busca un almohadón, me mira la cara, como si tratara de reconocermelo o de re-reconocermelo. Durante esta sesión, en silencio, utilicé mi experiencia como analista de niños y lo

que aprendí en la observación madre- bebé, estudiando con Esther Bick en Londres. En esta sesión, trata de recuperar el contacto conmigo con la mirada ojo a ojo, como antes recuperó los balbuceos y las canciones de su etapa infantil. Cuando toca y acaricia los muebles, está tocando el espacio del que lo reconoce, cuando me mira casi contactando su cara con la mía, quiere saber si yo soy yo y si me reconoce. Cuando me pude recuperar y entender algo del material le interpreté: "Estás tratando de reconocer los espacios de mi consultorio, los muebles. Es como si me dijeras: '¿Dónde estoy? ¿Estoy en Chile o en la abadía en Brasil? ¿En la Argentina escondido? ¿Quién es esta persona? ¿Es usted, doctor?' Como si hubieras perdido la imagen de papá y mamá, tal cual ocurrió al año y medio. Me mirás fijamente a la cara para descubrir quién está contigo, si soy tu papá, tu mamá... a los cuales no viste por varios años. Querés saber si soy la vecina que te recogió en el jardín. Estás reviviendo la época en que tenías un año y medio. Estás reviviendo lo que te pasó cuando perdiste las imágenes, las caras conocidas, las voces y las sonrisas conocidas y familiares de tu papá, tu mamá, tu abuelo. Estás reviviendo esto conmigo.

Se tiró al suelo, se acostó y dijo: -Incluso no sé quién es la vecina. ¡Qué cambios terribles!

"Todo esto es lo que has sentido con la esta separación de estos meses. Al volver tuviste dificultades para reconocer las caras perdidas del Dr. David, como fueron las caras que perdiste por varios años de papá y de mamá. Es como si ahora tuvieras un año y medio. Me mirás exhaustivamente preguntándote de quién es esta cara, si es el Dr. David o quién es".

Me pide que lo acompañe cantando tangos que él aprendió mientras vivía en Buenos Aires. Hay una estrofa del tango "Volver" que es muy impactante que me pedía que la cantáramos a dúo: "Tengo miedo del encuentro con el pasado que vuelve a enfrentarse con mi vida. Tengo miedo de las noches que, pobladas de recuerdos, encadenen mi soñar. (...) Sentir que es un soplo la vida, que 20 años no es nada..."

Varias veces me pidió cantar estas estrofas del tango "Volver" con él.

Era una forma de estar unidos, fusionados, un momento de confianza en mí, en un intercambio emocional. Yo raramente encontré en mi vida de psicoanalista una comunicación emocional a través de la estética de la música y de la poesía.

Para concluir este capítulo quiero remarcar que hay cosas que existen que no se pueden decir en palabras. ¿Cómo puedo poner en palabras la música que escuchamos y cantamos en una sesión y la emoción sentida? ¿Cómo les puedo transmitir los estados de terror, de dolor, de sufrimiento del paciente? Repito las

palabras de Borges: "Llego ahora al centro del problema de mi relato: mi desesperación de escritor comienza. Todo lenguaje es un alfabeto de símbolos, donde el ejercicio supone un pasado compartido por sus interlocutores. ¿Pero cómo puedo transmitir a los otros el Aleph, el infinito, de mi frágil memoria y que apenas puedo abarcar las emociones?". (Borges, Jorge Luis. "El Aleph", 2001. *Obras completas*. Emecé Editores, Buenos Aires).

Incluso el paciente no sabía toda la música que tenía dentro. (Rosenfeld, D., 1992 a y b) (Borges, 2001).

### **Duelo: Caso Jane-Jeanette**

Relataré otro caso; es la entrevista a una adolescente internada en un hospital de Montreal. Me dicen los colegas que es una paciente con violentas agresiones y que pensaban en sacarla del hospital general, sección Psiquiatría, porque no se podía controlar su violencia con las enfermeras.

En una sala acondicionada para la entrevista, entra la paciente acompañada por una enfermera, a quien le dije que no hacía falta que se quedara. La entrevista era transmitida por una videocámara a tres hospitales.

La paciente es menuda, de 17 años, se sienta frente a mí, después se para. Le pregunto cómo se llama y me dice: "¿Usted va a entender el idioma de Quebec? ¿No le será muy difícil?" Le respondo que hacía una semana que estaba en Montreal y que ya me había acostumbrado al francés de Quebec.

Me muestra un cartelito de identificación que tenía prendido a la ropa que decía "JEANETTE".

Le pregunto por qué está en el hospital y por qué la van a trasladar y me dice que se pelea mucho.

Le pregunto con quién y dónde vive y me responde que vive en una isla al este de Montreal, hacia el Atlántico, con la mamá y una tía. Cuando le pregunto por el papá, baja la vista y con cara triste me dice que se murió cuando era chiquita. Le pregunto si murió en la isla y me contesta que no, que vivían en Vancouver (sobre el océano Pacífico). Entonces yo digo en voz alta: "¡Vancouver! Se habla solamente inglés. ¡Entonces tú no eres Jeanette, eres Little Jane!"

La paciente se larga a llorar y dice que su papá la llamaba Little Jane. Mientras se secaba las lágrimas, hago una seña a los colegas a la cámara. Cuando deja de llorar, le pregunto por qué la violencia y las peleas en el hospital. Y responde a los gritos: "¡Porque acá no me dejan hablar en inglés!".

Le dije: "Si es ese el problema yo lo voy a solucionar, my dear Little Jane."

Transcurrido el tiempo de la entrevista, la enfermera golpea la puerta para llevarla. La paciente le pregunta si podía darme un beso en la mejilla.

Al finalizar, les explico a mis colegas que la paciente podía quedarse perfectamente en el hospital, pero que respetaran el nombre en inglés y le hablaran en inglés. Que allí todos eran bilingües y que dejaran de lado los conflictos idiomáticos inglés/francés de Canadá y que respetaran a la pequeña niña Little Jane.

### **Drogadicción**

El padre de Georges, quien se muestra muy preocupado durante la primera entrevista, me dice: "Mire sus ojos, rojos por toda la droga. No hace nada, no trabaja, no hace nada con su diploma universitario... Ya lo han detenido dos veces por posesión de drogas. Lleva a casa amigos que me caen mal, toman drogas, beben, y se pone furioso si yo le pido que se vayan". Agrega con tristeza: "Hace un tiempo, amenazó con matarme y después matarse...Yo no puedo más... Le traigo a mi hijo para ver si acepta que lo ayuden, yo no puedo... es muy pesado para mí".

Georges me asegura que seguirá el tratamiento para que su padre esté más tranquilo. Cuando evoco la palabra "madrastra", reacciona enseguida y me dice: "mi madre". Aprovecho para decirle: "Su madre ha muerto cuando usted era muy pequeño". Esta frase provoca en Georges emociones y sentimientos muy remotos, casi arcaicos.

Tres meses después, los padres de Georges me llaman muy perturbados por teléfono para decirme que Georges perdió el control de sí mismo durante una violenta pelea y que amenazó a su padre con un cuchillo en la mano.

Voy de inmediato para su casa y resuelvo enviar a algunos miembros muy experimentados de mi equipo al domicilio del paciente. Sin protestar, Georges acepta ser internado.

Georges vivía desde hace varios años en una atmósfera de desorden, de falta de cuidado, de drogas y alcohol, en un espacio mental que él llama "la cloaca". Ese lugar físico es una villa miseria en la cual se droga y donde vive con prostitutas, drogadictos y todo tipo de criminales. Durante una sesión que él me pide en la clínica, le interpreto que él trata en realidad de enterrarse con la muerta en esta "cloaca", que él se suicida con su drogadicción para enterrarse al lado de su madre

muerta. Le muestro que quiere morir o que trata de morir en una tentativa para acercarse a ella.

También tratamos de explorar e investigar su historia, su infancia, de la cual solo le queda algún recuerdo borroso. Por ejemplo, me dice que nunca vio ninguna foto de su madre, tampoco del casamiento de sus padres y que piensa que su madrastra las ha destruido en su totalidad.

En el momento en el cual Georges me dice que sospecha que su madrastra ha destruido las fotos de su madre, las suyas cuando tenía uno o dos años de edad y también las del casamiento de sus padres, concedo que tengo la sensación en mi contratransferencia de una exageración o de una fantasía mitomaniaca. La mentira es típica del paciente drogadicto, por eso sospecho que Georges tenga la fantasía de una madrastra malvada, que destruye todo.

Quisiera precisar que no se trata de una fantasía elaborada por el paciente, sino de una realidad que se confirmó luego. Durante una entrevista con el padre de Georges, su madrastra y Georges mismo, se produjo el siguiente incidente. Los dibujos de los ojos y de la cara que ha dibujado Georges me sorprenden mucho y por eso les pregunto si tienen una foto de su madre. Tengo la impresión de que dibuja con precisión los labios y los ojos de su madre. Esta impresión parece confirmarse aún más cuando descubro los mismos ojos y la misma sonrisa en la única foto de ella que se pudo encontrar.

En otro dibujo, Georges esboza unos objetos redondos y me dice que son "ojos" que lo miran. Le pregunto: "¿Lo miran?" Las imágenes del cuadro evocan formas que el paciente ha asociado con ojos y senos, los elementos primordiales del espacio visual del niño de pecho (Bick, 1968). Le digo que este dibujo muestra tal vez su imagen mental o la fantasía más arcaica de su madre que conserva en su mente.

### **La imagen de la madre**

"Pintores son mis ojos: te fijaron sobre la tabla de mi corazón, y mi cuerpo es el marco que sostiene".

*"Mon œil a joué au peintre et il a gravé la forme de tes beautés sur la table de mon cœur, mon corps est le cadre en quoi c'est conservé".*

*"Y observa de los ojos el servicio: los míos diseñaron tu figura".*

Shakespeare, *Soneto...*

Cuando le llevo a Georges una foto de él bebé con su madre, mi emoción fue tan fuerte que se me hizo piel de gallina. Él tuvo la misma sensación cuando vio la foto y me la mostró: sus ojos estaban húmedos, a punto de llorar. Yo estaba extremadamente emocionado, y sobre todo por la visión de Georges muy chiquito; hoy se parece exactamente al niño de la foto. La sonrisa de su madre, sus ojos, sus labios, sus cejas, su mirada y su sonrisa llena de amor por él, la manera en la cual Georges mira los ojos de su madre, todo esto provocó en mí un impacto estético emocional que me cuesta describir. Tal vez sea mi sensibilidad personal la que me hizo sentir todo esto.

Durante la sesión siguiente, Georges se quiebra y empieza a llorar con la foto de su madre en la mano. No puede expresar lo que siente; frota sus manos sobre el pecho para tratar de hacerme entender que sus sentimientos son auténticos y profundos. Después de un rato, le digo que ha dibujado la imagen de su madre en los cientos de dibujos que hizo: sus mejillas, sus ojos, su boca sonriente. Señala con el dedo distintos detalles de la foto; siento que el llanto le proporciona cierto alivio. Esto también lo alivia ya que descubrió la sonrisa de su madre.

La explosión de su psiquismo, la explosión del calefón

El lunes siguiente, Georges me cuenta que se enteró, por su prima, de que la muerte de su madre ocurrió cuando él tenía 11 meses y que fue provocada por la explosión de un calefón de gas. Gravemente herida, sufrió muchísimo durante dos semanas: "Habrà sido terrible" dice Georges. "Le dije a mi prima que la primera vez que vi un muerto, fue mi tía a quien yo quería mucho".

Interpreto: "Es la primera vez que usted pudo realmente enterrar a su difunta madre, su abuela fallecida y su tía muerta". Solo con la muerte de su tía Georges logró reunir todo: el velatorio, el entierro y el duelo de su madre y de su abuela.

***Sesión del impacto y de la toma de conciencia del espacio del tiempo, de los duelos, de la pena.***

Al día siguiente, Georges comienza a hablarme de las semanas de dolor atroz que su madre padeció. Me dice que no puede imaginar su sufrimiento. Interpreto:



“Yo creo que usted estaba como fusionado con su madre, que se identificaba con ella, con la agonía; usted trata de convertirse en una madre agonizante”.

Georges está sentado sobre una silla giratoria, enfrente mío; se acerca y me pide que le explique lo que le acabo de decir. Parece sorprendido, como si lo entendiera y sintiera su impacto. Le vuelvo a dar mi interpretación: “Es eso, estos últimos años usted se convirtió en su madre que agoniza, presa de un dolor atroz, pero aún viva. En otros momentos, usted trató de suicidarse para que lo entierren al lado de su madre”.

Durante un rato largo, Georges permanece silencioso, pensativo e inmóvil, los brazos apoyados sobre el escritorio. Después me dice: “Sabe una cosa doctor, trataba de desenredar las fechas. Me doy cuenta de que mi tía, la primera persona fallecida que toqué y enterré en realidad murió varios años después de la fecha que siempre tuve en mente. La toqué cuando estaba muerta y en aquella época, tenía veinticinco años. Que mezcla de fechas, ¿no es cierto?”

Georges sigue preguntándose cómo pudo cometer semejantes errores con las fechas de los acontecimientos de su vida.

Le digo entonces: “Georges, me parece que usted comenzó a tomar drogas hace nueve años. ¿Usted se da cuenta de que empezó a drogarse cuando muere y entierran a su tía, cuando usted tenía veinticinco años o sea precisamente la edad que tenía su madre cuando murió?”

Georges se voltea sobre su asiento, y cae el sillón para atrás. Se desploma sobre el respaldo de su silla y permanece así, pálido y sin una palabra durante los últimos minutos que faltan hasta terminar la sesión.

En mi contratransferencia siento un impacto emocional intenso respecto del silencio de Georges, el de sus pensamientos.

Muchos años después, participando de un congreso internacional de Educación se me acercó un participante, vestido de manera impecable con su traje gris y corbata y me dijo: “Buenos días, soy yo, Georges”.

Me abrazó con lágrimas en los ojos. Era un prestigioso docente especializado en educación de jóvenes y estaba contento con su trabajo y su vida actual.

### **Resumen**

*Hechos traumáticos de los primeros años de vida reaparecen luego en edad adulta. Y para ello presento ejemplos clínicos.*

**Palabras Clave**

*Traumatismos, Infancia, Adolescencia, Primeros años de vida.*

**Childhood trauma and its influence on adulthood**

**Summary**

*Traumatic events in the first years of life reappear later in adulthood. And for this, I present clinical examples.*

**Keywords**

*Traumatic events – Childhood – Adolescence – First years of life*

**Traumatisme infantile et son influence sur l'âge adulte**

**Résumé**

*Des événements traumatiques, appartenant aux premières années de vie réapparaissent à l'âge adulte. Et pour cela, je présente des exemples cliniques.*

**Mots Clés**

*Trauma, Enfance, Adolescencia, Premières années de vie.*

**Bibliografía**

- Abraham, K. (1911). Notes on Investigation and Treatment of Maniac-Depressive States. London, Karnac, 1979 reprinted.
- Anzieu, D. (1974). Skin ego. In: S. Lebovici & D. Widlocher (eds), Psychoanalysis in France (pp.17-32). New York, International Universities Press.
- Avenburg, R. (1975). El aparato psíquico y la realidad. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. International Journal of Psychoanalysis, 49 (3): 484-486.
- Freud, A. (1984). Introducción al Psicoanálisis para educadores. Paidós, Barcelona. (1945-1970) The Writings of Anna Freud. Collected Papers. International Universities Press (publicados en varios volúmenes desde 1945 hasta 1970)
- Freud, S. (1895). Más allá del principio de placer.  
(1907). The sexual enlightenment of children. Vol IX, SE.  
(1908). Character and anal erotismo. Vol IX, SE.  
(1915-1917). Introducción al Psicoanálisis.  
(1917). Duelo y melancolía, Vol XIV, SE.  
(1920). Estudio sobre la histeria.

- (1924). The dissolution of the Oedipus complex. SE, Vol XIX.  
(1930). Oceanic feelings. Vol XXI, p. 64, SE.
- Kernberg, O. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT: Yale University Press.
- Klein, M. (2004). "Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs" en Deuil et depresión. Paris: Payot Rivages, 2004.
- Klein, M. (1945). The Oedipus complex in the Light of early anxieties in: The Writings of Melanie Klein, Vol I: Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945 (pp.370-419). London, Hogarth Press, 1975.
- Klein, M. (1975). The Writings of Melanie Klein, Vol 3: Envy and gratitude and other Works. London, Hogarth Press.
- Klein, M., Heimann, P., Money-Kyrle, R. (1955). New directions in psicoanálisis: the significance of Infant Conflict in the Pattern of Adult Behaviour. London, Hogarth Press (reprinted London, Karnac Books, 1985)
- Mahler, M. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. New York, International Universities Press.
- Meltzer, D. (1978). The Kleinian Development. Clunie Press for The Roland Harris Trust Library, London.
- Painceira Plot, A. (1997). Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott. Buenos Aires, Lumen.
- Rosenfeld, D. (1992 a). The Psychotic. Aspects of the Personality. Karnac Books, London.  
(1992 b). Lo Psicótico. Aspetti Della personalità. Franco Angeli, Milano, Roma.
- Rosenfeld, David (1996). Ein imaginärer Dialog en Über Freuds "Die endliche und die unendliche Analyse". Friedrich Frommann Verlag-Günther Holzboog.
- Rosenfeld, D. (2006 a). The soul, the mind, and the psychoanalyst. The creation of the Psychoanalytic Setting in Patients with Psychotic Aspects. Karnac, London.
- Rosenfeld, D. (2006 b). "Autistische Abkapselung" in Autistische Phänomene in Psychoanalytischen Behandlungen. Psychosozial-Verlag, Giessen-Frankfurt.
- Rosenfeld, D. (2008). "Image du corps et psychose" in Corps, acte et symbolisation. Editorial De Boeck, Bruselas.
- Rosenfeld, D. (2011). El alma, la mente y el psicoanalista. Editorial Paradiso, México.
- Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. Génesis de las relaciones objetales. México, Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. W. (1962). Ego integration in child development. In: The Maturational Processes and the Facilitating Environment (pp.56-63). New York, International Universities Press.