

**VIII Congreso Argentino de Psicoanálisis “Poder. Locura. Cultura.
20-3 de mayo 2010. Rosario**

**Irrupción de Huellas Tempranas en un Paciente Adulto:
Convergencias y Divergencias Clínicas y Teóricas entre Pensamiento
Psicoanalítico y las Neurociencias.**

Grupo de Investigación en Psiconeuroinmunoendocrinología

Coordinadora: Dra. María Teresa Calabrese

Secretaria: Dra. Susana Ogly

Integrantes: Lic. Dolly Dolinsky, Dra. Liliana Ziaurriz

“Tendréis quizás curiosidad por saber cómo hemos podido llegar a la idea de que es el acto del nacimiento el que constituye la fuente y el prototipo del estado afectivo caracterizado por la angustia (S. Freud- 1916)

Objetivos

Nuestro interés en este trabajo será utilizar como disparador una vigneta clínica, para intentar entablar un intercambio fructífero entre nuestro habitual bagaje psicoanalítico y los aportes de las neurociencias de los últimos 50 años. El psicoanálisis nació a fines del siglo XIX, gracias a la valentía y brillantez de un neurólogo austriaco, que se animó a poner en duda los paradigmas de la neuropsiquiatría de su época y revolucionó el mundo científico y cultural con sus ideas. A comienzos del siglo XX Ilya Prigogine (1) y Edgar Morin (2) desarrollaron el modelo de la complejidad. Consideramos que es un buen momento para visitar las teorías psicoanalíticas, a la luz de los nuevos avances científicos, en el afán de comprender algo más de la estructuración psíquica temprana, en ese interjuego permanente entre lo innato y lo ambiental, que constituirá al sujeto humano. Con el siglo que despunta, despierta también un cambio en el paradigma científico tradicional.

Lejos está de nuestra intención adherir a reduccionismos achatantes o efectuar traducciones vaciadas de contenido (3)

No pretendemos dar una respuesta acabada, sino hacer una articulación psiconeuroendocrinológica, en aquellas situaciones en las que nos pareció, que el material clínico nos permitía hacerla. Nos preguntamos si la capacidad para enfrentar la adversidad y resistir, para soportar “heridas” y repararlas, se verá afectada en aquellos sujetos que muy tempranamente vivieron el sufrimiento. Así también, si la ansiedad, como una expectativa ante sucesos potencialmente amenazantes, revestirá en estas personas, un comportamiento diferente. Esto llevaría a pensar al trauma no como un concepto aislado, sino en directa vinculación con las series complementarias. Dicho de otro modo: la vivencia por sí misma, no es traumática; lo que determina que una vivencia se convierta en traumática, es la interacción en un individuo dado entre su disposición genética y sus circunstancias congénitas, con un entorno familiar y social dado. Eric Kandel (4), premio Nóbel de Medicina 2000, por sus trabajos sobre memoria, sostiene que para que la colaboración entre psicoanálisis y neurociencias se enriquezca, se requiere, no sólo una gama más amplia de métodos, apertura e interés por las nuevas ideas, sino **personas que recojan estos nuevos datos**. Sólo aquellos con habilidades en estos métodos y un conocimiento particular en estos campos, serán capaces de contribuir de forma significativa.

Material clínico

Será leído en la presentación.

Se trata de un paciente adulto que nació muy prematuro.

Convergencias teórico-clínicas con las neurociencias

Casos como éste podrían develarnos algo más sobre las marcas que dejan en la conducta humana, acontecimientos tan tempranos como un nacimiento muy prematuro y sus vicisitudes perinatales. Si lográsemos seguirle la pista a la reacción que producen determinados estímulos sensoriales, como los ruidos en Lisandro, o el particular manejo actual de la ansiedad, es posible que reconstruyamos la implicancia de un pasado, que supondríamos traumático.

La idea de Freud sobre los afectos se inspiró en la obra de Darwin “*La expresión de las emociones*” de 1872, citada por él en un contexto análogo en sus “*Estudios sobre la histeria*” de 1895 (5). El naturalista inglés postulaba que, *la expresión de las emociones consiste en operaciones que originariamente eran plenas de sentido y adecuadas a un fin.*

Uno de los aspectos que más nos interesa a los fines de este abordaje es el desarrollo del sistema nervioso en el feto y su continuidad en la vida postnatal. El mismo está caracterizado por una secuencia de neurulación, proliferación (*neurogénesis*) y *migración* neuronal en la que, una oleada de millones de neuronas se desplaza desde su lugar de origen a diferentes zonas, en especial a la corteza cerebral. Al final del 5º mes, el feto dispone ya de la totalidad de neuronas que habrá de requerir en toda su existencia.

En tanto comienza un proceso de *reorganización* con arborización dendrítica, *axonogénesis*, *sinaptogénesis*, por lo que se establecen circuitos de complejidad creciente. **La regulación, además de ser genética, es sensible a la experiencia, lo que constituye la base de la neuroplasticidad, vale decir, es epigenética.** Lo que representa el ‘cableado duro’ de la regulación

autonómica (respiración, ritmo cardíaco) está bajo control genético fundamentalmente, pero las áreas de asociación sensoriales, más flexibles, son modificadas hasta en la vida adulta. **Los axones originados en la retina están programados para llegar a la corteza visual, pero las conexiones locales específicas dependen de los estímulos provenientes del medio ambiente.** El crecimiento del cono axonal hacia sus blancos depende de guías proporcionadas por células de la glía y de la matriz extracelular.

La identidad de una neurona podría estar definida por el día de su “nacimiento” (definido por el día gestacional en que se diferenció de sus precursores). Pero además, los factores ambientales tienen un papel importante, para definir las propiedades y proyecciones eventuales de dicha neurona en la corteza cerebral. Si alguna experiencia intra o extraútero, resulta por algún motivo insuficiente, produce una injuria (hemorragia, infección, estrés materno físico o emocional) o un abandono o descuido, el proceso evolutivo que se está desarrollando en ese momento hace un alto. Luego, para paliar el déficit instalado, la glía segrega neuropéptidos y factores de crecimiento para atraer nuevas neuronas. Estas sustancias permanecen activas durante 15 días, pero si la noxa subsiste los mecanismos autoreparatorios no darán abasto y algo quedará definitivamente perdido.

¿Por qué el nacimiento de Lisandro se precipita? ¿Qué consecuencias tendrá para él esta perturbación del *chronos*? El sufrimiento de Lisandro en su vida intraútero debe de haber sido no sólo intenso, sino además prolongado, teniendo en cuenta que durante más de dos semanas, el organismo despliega sus acciones reparadoras sin dejar secuelas. Sea cual fuere la

injurias: una hemorragia, una infección o una situación de stress materno, habrá de despertar en el feto de no más de 25 semanas, una reacción de defensa. El entorno, prolongado en el tiempo y fuertemente hostil, no le permitió repararse y condicionó en él niño, toda una cadena de eventos psiconeurobiológicos, predisponiendo un estado somático(6), caracterizado por el incremento de las moléculas de la adversidad como el CRH, tanto en el cerebro, como en la placenta, que junto con los glucocorticoides son las principales hormonas implicadas en la anticipación de los eventos negativos. El cerebro de Lisandro no tenía aún, una barrera protectora contra ese alerta, y aumentaron aún más, las sustancias de defensa, lo que posiblemente contribuyó al desencadenamiento del parto prematuro. Se libró así de las agresiones del medio intrauterino, pero al costo de exponerse a condiciones de vida para las que no estaba preparado aún. El pequeño Lisandro no respiraba por sí solo, sus pulmones no se habían expandido, necesitaba asistencia respiratoria y muchas otras situaciones de inmadurez.

Si hubiera podido permanecer más tiempo dentro del vientre materno, habría comenzado con un proceso de organización de neuronas, en el que sus prolongaciones (dendritas y axones) se entretrejarían para constituir una trama de asociaciones, que van y vuelven de la periferia al centro (núcleos y corteza cerebral). *Esta red de circuitos se va conectando en la misma medida en la que se ve estimulada; los sonidos, terminan de guiar al nervio auditivo desde las células sensibles del oído a la corteza, la luz, adhiere los axones de la retina a su destino final en la corteza occipital.* Estímulos que, por otra parte, están amortiguados en un rango tal, que la precaria estructura perceptiva pueda tolerarlos sin dañarse. Los párpados apenas se entrecierran,

los conductos auditivos están llenos de un líquido gelatinoso. Ni hablar de la atenuación que sufre cualquier proceso que pretenda franquear los obstáculos que le opone el conjunto de la pared abdominal, la uterina o el líquido amniótico. Este es un sistema de protección para evitar la llegada de sonidos al oído interno, es un aislamiento suficiente como para que el feto no pueda escuchar sonidos dentro de una intensidad que le produzca malestar.

Nada de esto sucedió. Lisandro poco alcanzó a escuchar los latidos de su mamá, su respiración o sus ruidos intestinales, mucho menos su voz o la de su papá. Con ello perdió también el primer impulso importante para el desarrollo de los nervios y las cortezas sensoriales y de asociación. Pequeño, de bajo peso, sin poder respirar, con inmadurez cerebral, con baja tolerancia a los estímulos del medio ambiente, escapa de un ámbito hostil para ingresar a otro para el que no está preparado. Se convierte en un “hijo de las máquinas” (7). Ningún programa filogenético contempla a la incubadora, sin la cual no obstante, no hubiera podido sobrevivir. El ruido, los sonidos intensos, la luz, la estimulación excesiva e inadecuada lo afectarán mucho más que a un bebé a término. Reaccionará con taquicardia, movimiento de los miembros y de párpados, vale decir con respuestas autonómicas que indican malestar, molestia o incluso dolor. Como secuela habrá de tener un cerebro altamente sensible al stress. Una respuesta muy activa en el bebé, puede interpretarse como “muy despierta”, cuando en realidad se tratará de un sujeto estresado. Esto marca ya muy precozmente, la pauta de conducta de ansiedad.

El sistema auditivo inmaduro es muy sensible a la sobreestimulación. Escucha ruidos pero no la voz que convoca al lenguaje. Ve un mundo de

sombras, pero no encuentra frente a frente, la imagen de su madre, su semejante, su prójimo, con quien podría construir la imagen de sí, su yo y la del otro. El acompañamiento, la gratificación por parte de la madre de sus necesidades fisiológicas y afectivas, derivarán en el reforzamiento que hace de estas tempranas imágenes, la base de toda identidad futura. Las *neuronas espejo* (8) acompañan este proceso profundizando la estructura de las representaciones, ya que la observación de la acción específica llevada a cabo por el objeto, dispara su activación llegando a decodificar incluso su intención. Si estas *mirror neurons* se activan en la programación, en la observación o en la ejecución de la acción, comparten tanto patrones cognitivos como motores. Sirven tanto para la imitación como al entendimiento y la generación del lenguaje.

En Lisandro las neuronas espejo no han podido captar, *en forma adecuada*, las acciones, percibir sensaciones, ni decodificar intenciones. La máquina, salvadora, también ha obstaculizado un fragmento de historia de vida. Lisandro sólo conservará de esta etapa, residuos difícilmente traducibles, la incoercible aversión a los ruidos, la ansiedad del que no sabe qué espera, la amenazante sensación de no ser.

Convergencias con la teoría psicoanalítica

Un niño antes de nacer es para los padres, una hipótesis, un proyecto, una promesa. Es aquello que los padres imaginan, inventan, sueñan, a partir del ideal de cada uno(9). Muchas veces, luego del nacimiento, el bebé puede necesitar reestablecer el contacto con el funcionamiento fisiológico de la madre, en especial con su respiración. Muchos bebés necesitan un lapso para recobrar el equilibrio o el sentido de la continuidad del ser, de modo tal

que puedan empezar a tener impulsos otra vez. Sin embargo, en los bebés prematuros, la intrusión traumática pero necesaria, del ambiente hospitalario, interrumpe esa continuidad. Freud(10) nos dice en Tres Ensayos que “En el momento en que los primeros comienzos de la satisfacción sexual están todavía vinculados con la toma de alimento, el instinto sexual tiene un objeto sexual fuera del cuerpo del niño en la forma del pecho de la madre”. Cuando ese objeto está excluído, cuando no hay objeto en el mundo exterior que catectizar libidinalmente, cuando no hay objeto “suficientemente bueno” al cual unirse, la continuidad del ser será obstaculizada. Se dificulta la esperanza lo cual propicia una situación potencialmente traumática. Winnicott(11) sostiene que “las huellas mnémicas del nacimiento son susceptibles de persistir”. ¿Cómo persistirían? Es importante reflexionar acerca de las secuelas de la prematuridad a largo plazo, de las injurias cerebrales, en aquel entonces potencialmente mortales. Podríamos encontrar: 1) perturbaciones del sueño, 2) problemas de separación con grave angustia, 3) problemas psicosomáticos: respiratorios, alimenticios (en Lisandro, ataques de pánico con úlcera sangrante, conjuntivitis), 4) del sueño y la vigilia (fobia a los ruidos, rabietas descontroladas), 5) inadecuada integración psique-soma. 6) sentimiento de desintegración o de despersonalización. Todos ellos presentes en el caso clínico.

Freud (12) pensaba que en la historia de cada individuo había huellas que determinaban el patrón que la angustia seguiría a lo largo de su vida. Para Winnicott (13) la palabra “angustiado” es aplicable cuando un individuo es presa de una experiencia física que él no puede evitar ni comprender. (Lisandro reconoce tener conductas impulsivas, transpiración injustificada).

Por otro lado dice Winnicott, “La salud mental del individuo es establecida por la madre, la cual, por estar dedicada a su pequeño, es capaz de llevar a cabo una adaptación activa”. La posibilidad de “mutualidad” en el vínculo está postergada en el niño prematuro. El contacto físico, que tanto el niño como la madre necesitan, está suspendido. Los padres “ven” al niño, ven sus características somáticas, sus expresiones faciales, su aspecto regordete, todo esto está ausente en el niño prematuro durante las primeras semanas, incluso durante los primeros meses de vida. Hay falta de maduración de muchos signos sociales. El rol del bebé de suscitar respuestas en su madre, de “educarla” a partir del gesto espontáneo (al decir de Winnicott) no se da. El niño prematuro no tiene estas posibilidades, ya que desde un comienzo fue separado de ella. La interacción madre-hijo queda interrumpida y la madre también queda expuesta a sentimientos contradictorios, incluso negativos, al no poder ejercitar el rol para el que se había preparado. Una vez superada la fase aguda de las primeras semanas de vida y alcanzada la certidumbre relativa a la supervivencia, aparece en los padres otra preocupación “¿Nuestro niño será normal?”. Los padres no saben cómo actuar y desde el primer momento enfrentan el problema del contacto corporal, empezando por tocarlo tímidamente, cuando se lo permiten, por temor a dañarlo. La madre siente al niño como un objeto roto del que sólo pueden recogerse los pedazos. Sólo transformando la representación del niño que tiene en su mente, podrá lograr aproximarse. Sin embargo, es sólo gracias a un rol cada vez más activo de los padres, que el niño podrá lograr expresar sus potencialidades. La sintonía de los niños es también más difícil de hallar,

pues muchas veces durante los primeros meses permanecen más pasivos que los niños nacidos a término.

Síntesis final

Resulta un desafío para el análisis de Lisandro encontrar la vía de abordaje por la cual instalar memoria e historia en el lugar donde sólo existió un quiebre en el continuidad del ser. Nos interesa valernos de este caso para entablar un diálogo fructífero entre las neurociencias y el psicoanálisis, acerca de la importancia de tomar en cuenta la interacción de las problemáticas en juego, cuando acontece un nacimiento demasiado precoz como en este caso. El futuro del niño dependerá del interjuego entre la falta de madurez neurológica y el sobreesfuerzo psíquico al que estará sometido, del efecto de la dependencia prolongada a una situación hospitalaria estresante, de la separación inicial de los padres y sus repercusiones, así como también de la predisposición constitucional. Hasta qué punto las intervenciones médicas *necesarias* durante la hospitalización, pudieron haber sido vivenciadas como traumas y podrían eventualmente ser precursoras de conflictos serios en la esfera psíquica. Tal vez se conserven trazas mnémicas de estas experiencias muy tempranas, como el caso clínico lo evidencia, que den cuenta de las frecuentes fobias descritas en los niños que han nacido muy prematuros. También puede ocurrir que los niños se defiendan de esta experiencia con una amnesia que, para algunos, puede traducirse en una no integración de funciones.

Queda también para seguir investigando y profundizando los desarrollos técnicos más apropiados para acceder a esas memorias arcaicas.

Resumen

Nuestro interés en este trabajo será utilizar como disparador una vigneta clínica, para intentar entablar un intercambio fructífero entre nuestro habitual bagaje psicoanalítico y los aportes de las neurociencias. No pretendemos dar una respuesta acabada, sino hacer una articulación psiconeuroendocrinológica, en aquellas situaciones en las que nos pareció, que el material clínico nos permitía hacerla. Nos preguntamos si la capacidad para enfrentarse con la adversidad y resistir, para soportar “heridas” y repararlas, se verá afectada, en aquellos sujetos que muy tempranamente vivieron el sufrimiento. Así también, si la ansiedad, como una expectativa ante sucesos potencialmente amenazantes, revestirá en estas personas, un comportamiento diferente. Esto llevaría a pensar al trauma no como un concepto aislado, sino en directa vinculación con las series complementarias. Dicho de otro modo: la vivencia por sí misma, no es traumática; lo que determina que una vivencia se convierta en traumática, es la interacción en un individuo dado entre su disposición genética y sus circunstancias congénitas, con un entorno familiar y social dado. Eric Kandel sostiene que para que la colaboración entre psicoanálisis y neurociencias se enriquezca, se requiere, no sólo una gama más amplia de métodos, apertura e interés por las nuevas ideas, sino *personas que recojan estos nuevos datos*.

Palabras claves

Psicoanálisis-neurociencias-investigación-clínica

Bibliografía

1. Prigogine, I. *La estructura de lo complejo*, Alianza Universidad, Madrid, 1994
2. Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa. España. 2008
3. Bleichmar, H. "El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes". www.aperturas.org 009
4. Kandel, E. *En busca de la Memoria*. Katz ed. Bs.As 2008
5. Freud, S. (1893-95) *Estudios sobre la Histeria*. Amorrortu Ed.
6. Damasio, A. *El error de Descartes*. Ed. Crítica. Barcelona. 2003
7. Fava Vizziello, G. Zorzi, C., Bottos, M. *Los hijos de las máquinas*. Ed. Nueva Visión. Bs As. 1993
8. Rizzolatti, G. Sinigaglia, C. *Las neuronas Espejo*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona. 2006
9. Chiozza, L. *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*. Ed. Del Sorzal. Bs.As. Argentina. 2005
10. Freud, S. (1905) *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Amorrortu Ed. Vol VII. 1983
11. Winnicott, D. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed. Paidós. Bs. As. 1999
12. idem
13. Winnicott, D. *La naturaleza humana*. Ed. Paidós. Bs. As. 1993