

Los Lenguajes del cuerpo - Entre distonías y sintonías

Lic. Judith Roitenberg

licjudithroitenberg@gmail.com

Resumen

En este trabajo se describe una nueva forma de intervención clínica con orientación psicoanalítica. En el marco hospitalario se ofrece psicoterapia a una madre con depresión perinatal que le impide asistir a su beba con su trastorno corporal cuyas extremidades hay que organizar con ejercicios para que su beba evolucione hacia la bipedestación por nacer pos-madura y con asfixia que le produjo una parálisis cerebral. Lo singular del abordaje clínico es la combinación entre entrevistas individuales con la madre y varios meses con la diada para poder recuperarse de su bloqueo emocional y recuperar el vínculo madre – hija y ocuparse de la estimulación corporal urgente y específica que su niña requería. El vínculo transferencial fue operador del cambio en la actitud y funcionamiento materno con su beba y consigo misma.

Palabras clave: cuerpo – depresión – diada – psicoterapia – cambio psíquico.

En este trabajo intento algunos desafíos:

- 1) Retomar un trabajo clínico realizado en el servicio de un hospital que se mantiene vivo en mí, mientras conocía y estudiaba la obra de Daniel Stern y repensaba a D. Winnicott.
- 2) Plantear distintas formas de acercarnos a la clínica psicoanalítica, explorando formas nuevas de intervención.

El “Boston Change process study group” (2018) toma la dimensión interactiva del proceso analítico haciendo un micro análisis de cada situación de la relación terapéutica entre el paciente y el analista. Me interesó el concepto del desorden (sloppiness) y la sorpresa como aspectos inherentes a los sistemas intersubjetivos. En el desorden intervienen numerosas variables interdependientes. Para este grupo el motor dinámico de la psicoterapia se encuentra en propiedades auto organizativas del terapeuta y el paciente como diada. La intervención activa del terapeuta inaugura una modalidad

Judith Roitenberg: Psicóloga UBA. Egresada de la AEAPG - Docente titular Maestría y Especialización en Psicoanálisis UNLAM Miembro del Área de Niñez y Adolescencia de la AEAPG. Miembro de la C.D. de IAN Argentina Red de Apego.
licjudithroitenberg@gmail.com

vincular de re-unión en la diada. Modifica la mirada de la madre, re-orientándola hacia su hijo.

M. fue mamá de la “residencia de madres”; una sala próxima a la Unidad de Terapia Intensiva de neonatología. Su beba nació post - madura con 41 semanas de gestación. Tuvo asfixia. Tragó meconio. Estuvo en cuidados intensivos. La secuela fue una parálisis cerebral. **M.** tuvo presión alta. Nunca había tenido antes. Derivada por la kinesióloga, **M.** me decía: “No me da el cuerpo”. “No hago los ejercicios que me indican. No quiero pensar”.

Las dificultades en su expresión verbal le dificultaban dialogar con el equipo médico. Lenta en sus movimientos, y en su pensamiento, cursaba un estado de depresión. No podía ayudar a su beba a coordinar los movimientos de las extremidades del cuerpo. Sin los ejercicios indicados, quedaría incoordinada. Era urgente un cambio.

Aclaro que tengo consentimiento informado para compartir el caso no obstante resguardo aspectos de la identidad de la diada consultante.

Mi intervención fue organizándose en dos modalidades de atención: 1) con **M.** la mamá y 2) Con la diada **M -B**

Entrevistas con M.

Estaba en fecha de parto. La enviaron a casa con 4 de dilatación y una leve disminución de latidos. Le sugirieron volver en tres días o mejor a los 2 días. No hubo progresión del trabajo de parto. Intentaron un parto normal. Finalmente decidieron una cesárea muy complicada por hallarse el bebé ubicado en el canal de parto. La beba estuvo en la UCI con compromiso de riñones y pulmones. La secuela fue una *distonía muscular*. Dos semanas antes había perdido su cobertura social.

“Yo siempre fui de presión baja”. ¿“Por qué pasa que no progresa el parto?” Tengo dolor de cabeza. Algo tengo ahí en el pecho.

M. Tiene estudios universitarios, sus capacidades en este período se veían en estado suspendido. Antes del embarazo tenía proyectos: había aplicado para una formación en el exterior, que abandonó ante el hallazgo del embarazo.

M. no se veía lista para responder a la urgencia con su beba.

Decidí ir con cuidado. Conversamos sobre los riesgos y sus temores con la información. No le cuentan. Pero teme preguntar y enterarse. Le propuse pensar que esquivar los ejercicios podría ser un intento de posponer una verdad que se había impuesto de

entrada. No interrogar. No hacer. Darse tiempo para metabolizar la irrupción de tan desgarradora situación.

Poco a poco distingue que sus estados de angustia y depresión tiñen su comportamiento. Trae una reiterada sensación de que la ven como una tonta. Se siente tonta. Le planteo que si se da cuenta del titubeo de los pediatras no es tonta. Si no es tonta, ¿por qué supone que los doctores, que son “los que saben” como ella decía, son ambiguos con la información? Surge su pregunta: ¿Qué será de ella? Hablamos de su miedo a pensar - en el futuro. No sabe qué preguntarles. ¿De qué le puede servir? Descalifica su iniciativa. Debo ordenar un torbellino de emociones que me habitan y acotarlas para serle útil a esta mujer que debe encarar su vida y su vínculo con su beba con daño orgánico.

De sus lazos primarios: La madre de **M.** abuela de B nunca tuvo presente a su hija con cierto descuido no intencional pero efectivo. **La hija: M** madre de B, fue complaciente con ella. El lazo de apego se construye según el cuidador muestre su estilo de respuesta sensible. ¿Era el modo en que la madre podría estar- con - su hija? ¿Fuente posible de su modo - de estar - con su beba? ¿Ser madre cuidadora poco estimulante, poco amorosa? ¿Con esta hijita esa distancia era posible? ¿Recibir y dar de forma desacoplada puede ser un código familiar habitual?

La idea fue presentar la discapacidad como un obstáculo a enfrentar y no como una habituación a entrar en la cadena de las “**mujeres tontas**” de la familia.

Nuestra tríada surge cuando una vez **M.** llega con su beba de casi 5 meses. No tuvo con quien dejarla. Nunca faltaba a los controles, ni a sus entrevistas conmigo. Yo no tenía claro cómo iba a trabajar con M – B. Pero confiaba en mi capacidad para conectar con la beba. Y fuimos haciéndolo juntas.

El gabinete del hospital era pequeño. Con muy poco lugar. Dos sillas: una para mí y otra para M, el cochecito donde permanecía B y atrás de mi espalda una camilla, donde mi espalda apoyaba. Su posición corporal basculaba entre hipotonía y movimientos distónicos (movimientos que causan contracciones involuntarias de los músculos), como sacudidas y caía desparramada en el hueco de su carrito o se ladeaba. No tenía control ni coordinación de los movimientos de sus extremidades.

B en las entrevistas observaba, quietita y se dormía. Hundida en su cochecito con respaldo blando (inadecuado para su dificultad). **M** no la miraba, salvo cuando **B** protestaba. **M** se veía concentrada en sus pensamientos y sufrimiento, buscaba respaldo.

Parecían ambas hundidas. **M.** compara a **B**, que ya tiene 9 meses, con otro bebé de igual edad que ya gateaba. Nacieron en el hospital el mismo día y él ya se sienta solo. La evaluación madurativa de **B** era de 6 meses y no podía sentarse aún.

A **B** le cuesta un poquito comer por su problema de tono muscular. Cualquier cosa que le acerquen a la boca, se ahoga. Si le tapan los ojos también se ahoga.

-“No pensé que era tanto trabajo darle de comer”. **B** no puede llevarse la cuchara a la boca sola, la lleva al pecho. Le cuesta agarrar con la mano izquierda.

M señala que su propio padre, abuelo de **B** Suele hacer comentarios hirientes a su hija **M**. La atontan, anulan su pensamiento y se queda muda. Se atonta frente a la información de los médicos respecto a **B**. Tener que estimular es agobiante, ahogante. Repetitivo y mecánico. ¿Se puede encontrar placer en un diálogo corporal? ¿Puede el otro dar una respuesta y que esa respuesta nos sorprenda?

M cambia de cochecito y **B** se sienta más erguida y levanta su rostro y me mira. Muevo mi mano, busco su atención. Palmeo rítmicamente sobre la camilla y **B** responde, mueve sus piernas. **M** me indica que **B** quiere que yo lo repita. Luego buscó mi mano y me la empujaba. Mientras **M** se mostraba sorprendida por el hallazgo de ese juego.

Le comienzo a ofrecer 3 juguetes, los mismos, en cada encuentro. Ya no se duerme. Los agarra y lleva hacia su cuerpo. Sus movimientos de brazos incoordinados van hacia su cuerpo, luego a su pecho con los juguetes en su mano. Se le caían o los soltaba y yo se los volvía a ofrecer. Ahora repite y ajusta su movimiento, los lleva hacia su boca sin abrirla (ya coordina mejor). Al agarrarlos los va moviendo, los mira y de a ratos suspira. Extiende sus manos hacia mí y tomo sus manos. Juego a subir y bajar los brazos con nuestras manos unidas. Repetimos varias veces “arriba – abajo”. Comienza a moverse en el carrito y pregunto si querrá salir. En otro encuentro **B** llega con su mamá y sonríe, me extiende su mano. Le muestro los muñecos y los hago hablar cambiando la voz para cada uno. **B** me mira, los mira y se sonríe. Los agarra.

M dice que se sorprende que **B** entienda. Dice: “Tenía la idea de que los bebés no entendían”. **B** parece querer salir del carrito. **M** la saca y me la da. La levanto en brazos, la apoyo en mi falda, la sostengo con vigor y la dejo caer hacia atrás, deja caer su cabeza y se ríe con ganas. **M** también se ríe, aunque la kinesióloga no acepta ese ejercicio. No es lo que hay que estimular en **B**. Le propongo juegos de giro y de

balanceo y **B** disfruta. Estira sus brazos a su mamá. **M** la toma en brazos y la hamaca. **B** mejora cada vez y corrige su Distonía.

M la estimula mucho. En su casa ha creado un ambiente adaptado para **B**. Jugamos las tres y luego **M** y **B** juegan juntas.

La transferencia positiva con la madre supone una posición terapéutica de cuidado y comprensión de las conductas llamadas inapropiadas hacia su hija.

El proceso de identificación empática acerca de su historia y los modos de ser tratada, la libera de la censura con la que se mortificaba y anulaban su capacidad materna suficientemente buena. En **M** el dolor en carne viva, de la discapacidad de su beba, la anulaba aun mas.

Una vez lograda la relación empática y como figura de apego y sostén seguro con **M**, el eje de la intervención pasa a ser el juego en la triada, como organizador del encuentro e interviene el concepto que elegí en el inicio: El desorden. En tanto se activan en el encuentro las propiedades auto organizativas del terapeuta y del paciente Madre y Díada. La intervención activa de la terapéutica inauguró una modalidad vincular de re-uniión en la díada. Modificando la mirada de la madre, Re -orientándola hacia su hijo. Y ordenó el síntoma distónica en la bebé.

Cramer y D. Stern han demostrado cómo un cambio de la representación mental de la madre sobre sí misma y el niño genera un efecto inmediato y poderoso sobre el comportamiento sintomático del infante. Este cambio puede darse trabajando directamente sobre la representación mental de la madre o bien indirectamente utilizando otras puertas de entrada. La conducta del niño las representaciones mentales del terapeuta utilizando la contratransferencia (su propia subjetividad), la conducta manifiesta de la madre, o las representaciones acerca del bebé imaginadas por el terapeuta, dirigidas al niño y escuchadas por la madre que influyen en la conducta manifiesta de la madre con el bebé y en la respuesta de éste.

El trabajo moviliza muchos aspectos: Puedo mencionar algunos

- 1) Liberar el potencial de desarrollo de la relación y el crecimiento interno de cada integrante de la diada.
 - 2) Dar soporte a los aspectos positivos que dispone **M**. sobre los que poder construir, pensar, sentir y recuperar partes descalificadas de su repertorio parental positivo.
- M** logra intervenciones activas, observa y corrige a la terapeuta, se relaja y disfruta.

Con **B** crear un proceso de continuidades que favorece una integración de su experiencia vivencial. Cuenta con que le ofreceré mi disponibilidad para ella.

- 3) Aceptar lo posible de cada una: nos encontramos con los modos de regulación – desregulación funcional física y emocional. Conductas de aceptación o rechazo en la mirada que enfoca o que se aparta, en cada gesto, en la capacidad para la espontaneidad – la rigidez, las tonalidades de la voz, los ritmos, pausas, y estados afectivos. Ferenczi (1984) nos habla de la honestidad del terapeuta. El paciente percibe con nitidez tendencias, simpatías, antipatías, humor del analista aun cuando son aspectos inconscientes para el propio analista.

Los afectos asociados con experiencias vivenciales son conservados en una memoria corporal – vivencial, en lo más primitivo de la subjetividad humana. Se plantea la formación de un psiquismo que se constituye en la relación y que es resultado de esa relación.

Winnicott (1979) señala que el analista está implicado en la observación en cada sesión. Lo terapéutico se produce en el curso de una experiencia. El paciente percibe la auténtica simpatía. Se supone que la reconocen por el tono de nuestra voz, o en los términos que la utilizamos. Adivinan pensamientos y las emociones del analista. Se comprueba en numerosos trabajos que el bebe/niño preverbal, es capaz de concentración, aprendizaje y asombro a través de la mirada, el oído, el olfato, el movimiento, entre otros aspectos.

Daniel Calmels (2018) habla de poner el cuerpo en el encuentro de los cuerpos. Asistir a la depresión y a la postura corporal de M. quien veía, sin mirar o miraba hacia su dolor. Sin relacionarse con la vitalidad y la conectividad posible. Se trataba de poner en juego la corporeidad relacional con M y con B y recrear el vínculo con la clínica infantil. Poner el cuerpo pudo modificar la conectividad del espacio intra-corporal en B y entre los cuerpos mío, de M y de B con nuestros movimientos e iniciativas. Intervenir a través del tacto y del contacto. Mirar es poner el cuerpo. Hablar es poner el cuerpo con una carga de corporeidad humanizada. Jugar es poner el cuerpo generando nuevas acciones que enhebran historias.

Ferenczi (1984) nos dice del analista honesto y natural en su comportamiento que favorece elevar el nivel de la personalidad del paciente. Autorizar las críticas nos hace ganar la confianza del paciente. Esta confianza permite establecer un contraste entre el

Judith Roitenberg: Psicóloga UBA. Egresada de la AEAPG - Docente titular Maestría y Especialización en Psicoanálisis UNLAM Miembro del Área de Niñez y Adolescencia de la AEAPG. Miembro de la C.D. de IAN Argentina Red de Apego.
licjudithroitenberg@gmail.com

pasado insoportable y el presente sufriente. Estos reconocimientos en la técnica activa, permiten dominar exageraciones de imposturas, y a abandonar tantas construcciones teóricas que nos sirven de barrera con el paciente.

Mi intervención tuvo como punto de llegada el vínculo Madre – Hija. Una vez resuelto el riesgo vital para ambos o para el bebé, daría por concluido mi trabajo.

El impacto intenso en sensaciones y emociones en mi, con esta madre y su beba, dio por resultado encontrar una persona, una mujer profesional con una capacidad comunicacional diferente y entonada, al salir del estado emocional por el cual fue motivo de nuestro trabajo juntas.

Bibliografía:

Boston Change Group “El “algo más” que la interpretación revisitado: desorden y co-creatividad en el encuentro psicoanalítico

<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001025> - 2018

Bowlby, Una Base segura – 1995 - Paidós

Calmels, Daniel. El juego corporal – 2018 – Paidós.

Cramer y Brazelton, La relación más temprana -1993 - Paidós

Ferenczi, Sandor. Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión (en Psicoanálisis [Tomo IV] 1984).

Mathelin, Catherine: Clínica psicoanalítica infantil La sonrisa de la Gioconda - intervención con Prematuros. Nueva Visión.1998

P. Fonagy – Persistencias transgeneracionales del Apego – 1999 -

<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000086>

Lebovici, Serge “El lactante, su madre y el psicoanalista” 1988 - Amorrortu

Meltzer, D. “El proceso psicoanalítico” 1987 Horme - Paidós

Roitenberg, Judith “Perspectivas del Desarrollo Psíquico. El enfoque de Daniel Stern” en Modelo para armar, la constitución del psiquismo. Jaimsky, G. 2020

Roitenberg, Judith “La intervención temprana desde la perspectiva del psicoanálisis con aportes de D.W. Winnicott” Congreso Winnicott - México 2017.

Judith Roitenberg “Depresión femenina Perinatal y sus efectos” 2019 APSA y

AEAPG

Judith Roitenberg: Psicóloga UBA. Egresada de la AEAPG - Docente titular Maestría y Especialización en Psicoanálisis UNLAM Miembro del Área de Niñez y Adolescencia de la AEAPG. Miembro de la C.D. de IAN Argentina Red de Apego.
licjudithroitenberg@gmail.com

Roitenberg, Judith “La depresión materna y sus efectos en la constitución psíquica del infante, Contribución de la perspectiva psicoanalítica al estudio de las depresiones maternas” 2009 – Capitulo de salud mental de las mujeres - Congreso APSA

Roitenberg, Judith y Huberman, A. La Psicoterapia Madre – bebé. Un ejemplo de aplicación – Jornadas de Primera Infancia organizadas por Clara R. Schejtman-2004

Roitenberg, Judith El particular uso del tratamiento psicológico en una niña con un trastorno genético y sus efectos. Revista la Hamaca N° 9 - 1998

Dirección M. Chokler y N. Beneito

Spector, R El psicoanalítico n°6 - Bion, W. y su contribución al debate Natura vs. Nurtura.

2011 <https://www.elpsicooanalitico.com.ar/num6/autores-spector-bion-desarrollo-temprano-psicosis.php>

E. Tronic. Contribuciones para comprender el cambio terapéutico: ahora tenemos un patio de recreo 2008. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000534>

D. Stern “El mundo interpersonal del infante” 1985 Paidós

D. Stern “La Constelación maternal”: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. 1997 – Paidós

D. Stern “El momento presente En psicoterapia y la vida cotidiana” – 2017 Cuatro vientos.

D.W.Winnicott - Escritos de Pediatría y Psicoanálisis - Laia. 1960

D.W.Winnicott – El proceso de maduración – Laia 1979