

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo final integrador

Familia, duelo y sobreadaptación en las afecciones psicósomáticas de la piel

Alumno: Nisterenco, Jorge Antonio

Tutor: Lic. Marcos Mustar

Buenos Aires, 20 de Febrero de 2019.

Índice

1	Introducción	3
2	Objetivo General	4
2.1	Específicos	4
3	Marco teórico	4
3.1	La relación psique-soma	4
3.1.1	Historia de la relación entre psique y soma	5
3.1.2	Psicoanálisis y psicopatología	7
3.1.3	Conocimientos actuales en psicopatología	9
3.2	Características de personalidad como insuficiencia del funcionamiento mental	10
3.2.1	Sobreadaptación	11
3.2.2	Pensamiento operatorio o Vida operatoria	12
3.2.3	Depresión esencial	14
3.3	Incidencia del trauma en trastornos psicopatológicos	15
3.3.1	Traumatismo y desorganización del aparato psíquico	15
3.3.2	Desorganizaciones y regresiones en los procesos de somatización	16
3.4	Duelo y psicopatología	18
3.4.1	Duelo normal y patológico	18
3.4.2	Los duelos que se adeudan	20
3.5	Análisis de pacientes con enfermedades de la piel	22
4	Metodología	23
4.1	Tipo de estudio	23
4.2	Participantes	23
4.3	Instrumentos	24
4.4	Procedimiento	24
5	Desarrollo	25
5.1	Presentación del caso	25
5.2	Enfermedad dermatológica y características de personalidad (Sobreadaptación, pensamiento operatorio, fantasía poco desarrollada)	25
5.3	Enfermedad dermatológica y traumatismo	30

5.4 Enfermedad dermatológica y la tramitación del duelo.....	35
6 Conclusiones	38
7 Referencias bibliográficas.....	41

1 Introducción

El trabajo final integrador que sigue se basa en la práctica de habilitación profesional realizada en una institución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicada a la clínica de orientación psicoanalítica, la investigación y la formación en este marco teórico. La institución forma parte de una red asistencial en la que se incluyen instituciones públicas y privadas, entre las que se encuentra el servicio de Psicodermatología de un Hospital general de la Ciudad de Buenos Aires, quien deriva casos a esta institución. En cuanto a la capacitación de profesionales, se realizan seminarios, cursos y una especialización de posgrado en psicología que dura un año.

La práctica de habilitación profesional se desarrolló durante aproximadamente ocho meses hasta completar 280 hs. Entre las actividades en las que se participó se cuentan espacios de supervisión, jornadas de presentación de casos, admisiones en el servicio de Psicodermatología de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, análisis de material fílmico y lectura de bibliografía psicoanalítica, especialmente aquella vinculada con la psicología.

Debido al lugar que ocupa la psicología en la institución, surgió la idea de analizar un caso de este tipo de trastorno. Con la ayuda de una de las profesionales que se desempeña en la institución se determinó que se trabajaría sobre el caso de una paciente de sexo femenino a la que se llamará R para preservar su anonimato. La misma fue derivada al servicio de Psicodermatología por manifestaciones en la piel, diagnosticadas como psoriasis, sospechándose de una afección psicología. Esto dio lugar a la intervención de una de las profesionales de la institución.

Después de una primera revisión del caso, se decidió enmarcar el análisis en la conceptualización que desde el marco teórico del psicoanálisis se hace de este tipo de afecciones y de su relación con el proceso de duelo, con el traumatismo y con características de personalidad particulares, como la sobreadaptación y el pensamiento operatorio.

2 Objetivo General

- ✓ Analizar en el caso de una paciente con psoriasis, la vinculación de la sintomatología con los hechos traumáticos que padeció en su infancia, la tramitación del duelo y características de personalidad tales como sobre adaptación, pensamiento operatorio y fantasía poco desarrollada.

2.1 Específicos

- ✓ Relacionar la aparición de la afección psicósomática con características de personalidad (Sobreadaptación, pensamiento operatorio, fantasía poco desarrollada).
- ✓ Analizar la relación entre la sintomatología dermatológica de la paciente y los hechos traumáticos que vivió en su infancia.
- ✓ Analizar la vinculación entre la aparición de la sintomatología dermatológica y la tramitación del duelo.

3 Marco teórico

3.1 La relación psique-soma

La cuestión de la relación psique-soma tiene una larga historia que se remonta a la Grecia presocrática, cuando los filósofos usaban el término *psyché* para referirse a la materia sutil que daba movimiento al cuerpo, en donde se producían los pensamientos y las emociones, diferenciándola de la materia menos sutil que componía dicho cuerpo, para el que usaban el término *soma*. Desde entonces y hasta la actualidad fueron muchas las formas en que se concibió la relación entre ambos, desde un reduccionismo que sostiene la posibilidad de explicar todos los fenómenos psíquicos a partir de lo anatómico y fisiológico, hasta planteos que suponen la inseparabilidad de ambos, con diversos matices intermedios. A continuación, se realiza una breve historia de esta relación a partir de los trabajos de Marty (1992), Borelle y Russo (2017) y Cristóforis (2006).

3.1.1 Historia de la relación entre psique y soma

A pesar de utilizar dos términos diferentes para referirse al cuerpo y al alma, la antigüedad griega no establecía una separación tajante entre ambos, al menos hasta Platón. Entre los presocráticos se consideraba que la vida era el resultado de la unión de ambos, que eran manifestaciones materiales de un mismo principio, aunque de distinto grado de sutileza (Cristóforis, 2006).

Hipócrates concebía a la *psyché* como parte del cuerpo, en conexión con los órganos y la sangre, y ya le atribuía la capacidad de afectar la salud. Aristóteles, por su parte, enseñaba que la armonía entre *psyché* y soma era la base de la salud, y que las enfermedades podían provenir de cualquiera de ellos mientras afectara ese equilibrio (Borelle & Russo, 2017). Fue Platón quien impuso la separación entre el mundo de las ideas, del alma, y el mundo sensible, del cuerpo, estableciendo la primacía del primero por sobre el segundo (Cristóforis, 2006).

Durante la Edad Media y como parte de la valoración de la herencia griega, se recuperó la concepción aristotélica y por lo tanto se consideraba importante la unidad de alma espiritual y cuerpo material. No fue hasta después del Renacimiento, con el gran desarrollo de la medicina y de las ciencias, que se comenzó a pensar en la posibilidad de explicar todas las enfermedades a partir de la física y la química. La influencia del racionalismo cartesiano y del empirismo primero y de la concepción positivista de la ciencia y la filosofía racional después, hicieron que se abandonaran teorías que intentaban plantear la relación íntima psique-soma, como la vieja teoría de los humores que venía siendo considerada una forma válida para explicar el funcionamiento del cuerpo humano desde Hipócrates. En la Modernidad los sabios van a enfocarse en el estudio de los distintos sistemas y órganos, dando lugar a todas las especializaciones en medicina. Esto dio un gran impulso a investigaciones que, con el tiempo, generaron grandes avances en el conocimiento del cuerpo humano, pero que oscurecieron la relación con lo psíquico (Borelle & Russo, 2017).

La primera vez que se usó el término psicósomático en el sentido que se le da en la actualidad fue por el psiquiatra Heinroth (1818, como se cita en Marty, 1992), quien sostenía la influencia de las pasiones sexuales sobre enfermedades como la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer. Lo utilizó como adjetivo para calificar un cierto tipo de insomnio (Marty, 1992). Esto dio origen al uso del término somato-psíquico para caracterizar las alteraciones

evidenciadas en el cuerpo como reflejo del psiquismo. Se incluían entre ellas las llamadas enfermedades sagradas: artritis y diabetes, úlcera péptica, colitis ulcero hemorrágica, hipertensión, jaqueca, migraña, asma, neurodermatitis y tirotoxicosis, (Zuckerfeld & Zonis, 1999).

Durante el siglo XIX, varios autores se refirieron a la relación entre psique y soma. Por ejemplo, Carus, que postulaba una relación estrecha entre el cuerpo y la psiquis; el médico inglés Maudsley, quien afirmaba que las emociones que no se expresaban libremente podían alterar el funcionamiento de los órganos; y Bernard, quien estudió la diabetes como una desviación del funcionamiento normal en la que reconocía la influencia de lo psíquico. Sin embargo, estos trabajos fueron excepciones en una época en la que predominó el mecanicismo, buscando en lo biológico la explicación de la salud y la enfermedad, con un discurso médico que dejaba de lado la subjetividad del paciente, hasta la aparición del psicoanálisis freudiano que recupera la importancia de esa subjetividad y plantea la relación entre el aparato psíquico y los procesos de salud y enfermedad (Borelle & Russo, 2017).

Pero no solamente en la esfera del psicoanálisis se daría este cambio. Los seguidores de Pavlov de la escuela reflexológica establecieron la importancia de las emociones en el proceso de condicionamiento, sentando las bases para la medicina córtico-visceral. Incluso un fisiólogo como Cannon, ya en el siglo XX, demostró que las emociones influían en todos los niveles del organismo y, más tarde, Selye con su trabajo pionero sobre el estrés dio lugar a la identificación de enfermedades de la adaptación como la úlcera de duodeno y la hipertensión arterial esencial (Marty, 1992).

Más cercano en el tiempo y ya con la influencia del psicoanálisis, algunos seguidores de Freud en los Estados Unidos, entre los que se destaca Alexander, fundaron la Escuela de Chicago en donde se realizaron las primeras investigaciones sistemáticas en el campo de la psicósomática. El planteo consistía en desarmar el dualismo imperante considerando el fenómeno psíquico como un aspecto subjetivo de los procesos fisiológicos. Se estableció entonces la noción de *constelaciones psicodinámicas*, para englobar un conjunto de características psíquicas relacionadas con afecciones somáticas. Así se consideraron las reacciones emocionales angustiantes, la agresividad y actitudes afectivas como factores que producían un círculo vicioso psicósomático (Marty, 1992).

Fue en la Escuela de Chicago que se planteó la diferenciación entre el fenómeno de la histeria y el psicósomático. Ante la cuestión de transponer el concepto de conversión histérica a las enfermedades psicósomáticas, surgió el problema de la diferencia entre ambos tipos de padecimiento. Fue Alexander quien estableció que la musculatura de inervación voluntaria sería el lugar donde se da la conversión histérica, mientras que el sistema neurovegetativo sería la sede de las enfermedades psicósomáticas. Éste y otros aportes de la escuela fueron una gran influencia para las generaciones siguientes de especialistas e investigadores en el campo de la psicósomática (Borelle & Russo, 2017).

3.1.2 Psicoanálisis y psicósomática

Como ya se ha mencionado, el psicoanálisis, creado por Freud, puso las bases para una nueva forma de entender la relación psique-soma al plantear la diferenciación entre neurosis de defensa y neurosis actuales. Aunque no usó el término psicósomático en ninguna de sus obras, esta distinción fue importante para el futuro de las investigaciones en psicósomática psicoanalítica. Freud (1894/2000) sostiene que las neurosis de angustia, como la neurastenia, se diferencian de las neurosis de defensa, como la histeria y la neurosis obsesiva, en dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, la perturbación proviene del terreno somático y no del propio aparato psíquico, por lo cual predomina lo económico, es decir la cantidad de excitación, y no lo cualitativo, relacionado con la representación. Esto se relaciona directamente con la otra diferencia: mientras que en las grandes neurosis actúa el mecanismo de defensa para lidiar con un conflicto originado en la infancia, dándole un carácter simbólico al síntoma, en las neurosis de angustia todo el proceso tiene que ver con la realidad orgánica y no involucra a la fantasía. Queda planteada aquí la necesidad de considerar de manera diferenciada a la conversión histérica y a los fenómenos de somatización propios de lo que será la psicósomática psicoanalítica.

Esta última es quizás la más importante diferencia, ya que en la obra citada Freud plantea más de una similitud entre histeria y neurosis de angustia, al punto de considerar a esta última como la contrapartida somática de la histeria. Un detalle importante es que ya en esta obra temprana del psicoanálisis aparece mencionada la *insuficiencia psíquica* como parte de la

explicación de estos procesos somáticos anormales. Esto va a ser importante en la Escuela de París de psicósomática, como se verá más adelante.

Antes de que ésta comenzara sus trabajos de investigación, Ferenczi (1908; como se cita en Borelle & Russo, 2017) había propuesto la denominación de *fisioneurosis* para estos trastornos en los que se daba la somatización para diferenciarlos de las psiconeurosis tradicionales, dando lugar a una serie de trabajos en la línea de la escuela inglesa de las relaciones objetales para explicar estos trastornos sobre la base de la conversión histórica tomada como modelo.

La Escuela de París, desde sus orígenes, va a tomar al psicoanálisis como referencia fundamental para comprender los fenómenos psicósomáticos, aunque planteando diferencias entre psicoanálisis y psicósomática, entendida como una disciplina científica por derecho propio, en función del tipo de pacientes que tratan y sobre todo de los objetivos que persiguen. En lo que se refiere a la cuestión de la relación entre psique y soma, Marty (1992) parte de considerar que “el hombre es psicósomático por definición” (p. 17), por lo que no tendría sentido y sería un motivo de confusión la denominación de enfermos psicósomáticos para aquellos que presentan enfermedades que pueden explicarse por el proceso de somatización. Por eso prefiere usar el término enfermedades somáticas en lugar de aquél y reservarlo como calificativo, por ejemplo al hablar de medicina psicósomática y como sustantivo para hablar de psicósomática del niño o del adulto. Más allá de las cuestiones de denominación, lo que plantea el autor aquí es un retorno al monismo, en donde el acento puesto sobre lo psíquico o lo somático respectivamente depende de las circunstancias que se presenten y no implica una posición dualista.

Una parte de los psicósomatólogos psicoanalíticos describe a un tipo de pacientes con un patrón de personalidad infantil en los cuales el cuerpo se convierte en el medio para la manifestación de los conflictos psíquicos. Las emociones se convierten en el instrumento de códigos somáticos o viscerales. Se trata por lo tanto de un modo de comunicación con características regresivas, el cual acusa la falta de simbolización de aspectos emocionales, lo que al no poder ser gestionados de otro modo, se manifiestan a nivel corporal de una forma infantil (Aisemberg, 2012).

Green (1972) formula el funcionamiento del límite basado en cuatro mecanismos, siendo uno de estos la somatización. Cuando el aparato psíquico, debido a su falla originaria, se ve sobrepasado por las exigencias pulsionales, encuentra su límite en cuanto a la capacidad para procesar las cargas energéticas. Entonces las respuestas deben ir más allá del procesamiento normal y la descarga a través del cuerpo es una de las respuestas posibles.

Puede decirse entonces que aquellas enfermedades que se denominan como psicósomáticas implican el reemplazo de la descarga normal de un afecto, a través de su clave de inervación filogenética y heredada, por una descarga deformada por la represión (Chiozza, 2013).

Por otra parte, puede decirse que no todos los casos en que existen fallas en la constitución del aparato psíquico son casos de enfermos psicósomáticos, pero sí que estas fallas implican una cierta vulnerabilidad para contraer este tipo de enfermedades. El concepto de vulnerabilidad, vinculado a experiencias traumáticas de los primeros años de vida y a un déficit del sostén vincular, incluye angustia difusa y de forma automática, alexitimia, sobreadaptación, predominio del pensamiento operativo y depresión esencial. Además, la vulnerabilidad se comprende como directamente asociada a la intersección entre adversidad histórica y actual y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén y modelos identificatorios (Zukerfeld & Zonis, 2001).

3.1.3 Conocimientos actuales en psicósomática

Durante las últimas décadas se han ido consolidando diferentes teorías para explicar los fenómenos psicósomáticos partiendo de una base conceptual psicoanalítica. Siguiendo en parte lo dicho en los apartados anteriores acerca de la cuestión de la continuidad o discontinuidad entre psique y soma, Borelle y Russo (2017) presentan una clasificación que distingue teorías que sostienen la homogeneidad/continuidad psiquesoma, y teorías que plantean la heterogeneidad/discontinuidad, que en la forma de representación psique-soma está representada por el guión. Sintetizando, las teorías de la homogeneidad sostienen que existe una continuidad entre psique y soma por lo cual los fenómenos psicósomáticos pueden

considerarse como síntomas, formaciones de compromiso que tienen una significación inconsciente. Por el contrario, las teorías de la heterogeneidad plantean una discontinuidad que no solamente es fenoménica, sino que tiene relación con diferencias estructurales.

Además de estas diferencias, Cristóforis (2006) plantea como un problema de la clínica psicoanalítica actual el uso confuso y contradictorio del término *psicosomático*. Intentando aclarar la cuestión enumera las distintas formas en que se lo usa en la actualidad: 1) para designar un conjunto de enfermedades en las que lo psíquico es determinante en cuanto a su etiología, 2) como característica de ciertos fenómenos, en la clínica lacaniana, 3) para denominar ciertos síntomas o afecciones con compromiso psíquico, 4) para referirse a la relación entre el cuerpo orgánico y el psiquismo, 5) para delimitar un área de la medicina, 6) para expresar la unidad entre psique y soma, 7), para llamar la atención sobre la ruptura de esa unidad, 8) para nombrar un área dentro del psicoanálisis, como en psicósomática psicoanalítica, 9) para denominar un tipo de estructura psicopatológica, 10) para referirse a un enfoque, 11) para denominar un campo interdisciplinario, 12) para delimitar una disciplina específica e independiente de la medicina y el psicoanálisis. Después de analizar cada uno de los usos enumerados, propone como los más adecuados el de enfoque y el de campo. El primero denominaría una manera de abordar la problemática del enfermo de una manera integradora, atenta a las complejidades de la relación psique-soma; mientras que el campo sería un espacio de encuentro interdisciplinario en el que se da un intercambio productivo sin perder la identidad de origen.

3.2 Características de personalidad como insuficiencia del funcionamiento mental

Para Marty (1992) los pacientes con enfermedades somáticas presentan ciertas características de personalidad que tienen que ver con la sobreadaptación, con cumplir en la satisfacción de necesidades imperiosas más allá del propio deseo, con el pensamiento concreto, una fantasía poco desarrollada, y lo que puede definirse como pensamiento operatorio y vida operatoria.

Estas características pueden considerarse formas producidas por la insuficiencia del funcionamiento mental, como una mentalización escasa. En la elaboración del aparato psíquico freudiano, según la primera tópica, el preconscious es sinónimo de mentalización y se refiere principalmente a la actividad representacional y fantasmática de un individuo o a su capacidad de trabajo psíquico. Tiene que presentar tres dimensiones: 1- Profundidad de los estratos de representaciones acumuladas, capa por capa a través de la historia del individuo. 2- Fluidez o la capacidad de estas representaciones para circular a lo largo de los diferentes períodos de la vida del individuo. 3- Disponibilidad: que las representaciones sean accesibles. Es una intersección entre lo longitudinal y lo transversal en la vida de un individuo (Döll & Gálvez, 2013). Las fallas en cualquiera de estas dimensiones determinan una insuficiencia en la capacidad del aparato psíquico para tramitar las exigencias pulsionales.

3.2.1 Sobreadaptación

La Escuela de París postula, como característico de los enfermos psicossomáticos, personalidades eficaces, trabajadoras y sobreexigidas, con propensión a tomar responsabilidades que le exceden, y que se encuentran sometidos a un superyó exigente y cruel, con una deuda en la esfera afectiva la cual les impide ver y manifestar sus afectos (Marty 1992).

Por otra parte, Mc Dougall partiendo de las observaciones de la Escuela de París y de sus propios pacientes, elabora los conceptos de antianalizado y normopatía para describir un modo particular de adaptación a la realidad de los pacientes con trastornos psicossomáticos marcado por un extremo conformismo a las normas sociales en donde no entra la subjetividad (Otero & Rodado, 2004). Esto puede considerarse un antecedente de lo que se denominará *sobreadaptación*.

Liberman y colaboradores (1982) postulan la presencia de una disociación entre las necesidades del sujeto y sus posibilidades corporales en los enfermos psicossomáticos. De acuerdo con los autores, las personas con enfermedades psicossomáticas tienen un *self* ambiental sobreadaptado debido a una falla fundamental en la modulación entre la

maduración y el aprendizaje corporal. En consecuencia, el rechazo del *self* corporal anticipa la contingencia de severas crisis somáticas incluso en los sujetos que muestran bienestar corporal. El síntoma es entonces el resultado de esta disociación cuerpo-mente a la que requirieron en su temprano progreso.

En su caracterización de ese *self* ambiental sobreadaptado, los autores refieren a una confusión en estos enfermos entre la idea de asumir responsabilidades y la de ser querido y aceptado por los demás. En función de ésta, la persona tiende a interpretar los mensajes que reciben de otros como exigencias que deben satisfacer imperativamente. El deber aparece por encima de todo lo demás, y especialmente por encima del placer. Desde el punto de vista del paciente, la enfermedad aparece como una irrupción persecutoria a la que no puede comprender porque proviene de una parte desconocida y negada de su *self*, el *self corporal sojuzgado*, ya que fuera del sufrimiento que ésta le produce, el trastorno de la personalidad no es egodistónico, sino que por el contrario, la sobreadaptación es para él motivo de orgullo y de bienestar (Lieberman et al., 1982).

Cristóforis (2006) destaca la constante relación que Lieberman y sus colaboradores establecen a lo largo de toda la obra entre las características que describen y ciertos elementos lingüísticos, mostrando la forma en que el lenguaje actúa en la conformación de este cuadro de personalidad. Pone como ejemplo un conjunto de expresiones idiomáticas que aparecen allí como si fueran metáforas que condensan la forma en que el lenguaje alude al cuerpo y, al mismo tiempo, la manera en que determinados giros lingüísticos referidos al cuerpo sirven para expresar emociones específicas, lo que las haría particularmente interesantes desde el punto de vista del trabajo analítico.

3.2.2 Pensamiento operatorio o Vida operatoria

Marty (1992) plantea como el mérito principal de la escuela francesa de psicopatología el haber intentado ir más allá en la definición del origen de este tipo de cuadros de aquellos que postulaban una construcción incompleta del aparato psíquico. Uno de los primeros conceptos a los que arribaron en ese camino fue el de *pensamiento operatorio*. El principio a partir del cual llegaron a este concepto fue la función de las actividades

fantasmáticas y oníricas como integradoras de las tensiones de origen pulsional para proteger la salud mental del individuo. En los casos en que puede hablarse de pensamiento operatorio, está presente una cierta carencia funcional en este tipo de actividades al mismo tiempo que aquellas perturbaciones somáticas que no pueden explicarse en los términos de la medicina. El pensamiento operatorio puede definirse entonces como una forma de pensamiento consciente que no tiene ligazón con los movimientos fantasmáticos, simplemente es una forma de duplicar la acción totalmente desprovista de valor libidinal. En estos casos no pueden identificarse mecanismos de tipo neurótico o psicótico, sino que lo que se impone es una modalidad del procesamiento secundario completamente orientada hacia la realidad sensible, donde se impone la causalidad, la lógica y la continuidad.

En este punto es adecuada una referencia al trabajo de Green (1972), que se centró en el concepto de límite, conceptualizándolo como zona de transformaciones entre instancias psíquicas, es decir entre aparato psíquico y soma y entre el sujeto y el objeto. Complementariamente postulaba la existencia de procesos terciarios, que regulaban la interacción entre procesos primarios, propios del inconsciente, y secundarios, característicos, del sistema preconscious-consciente. El pensamiento operatorio propuesto por Marty (1992) estaría en relación con una forma de relación entre el sujeto y el objeto en donde predomina el proceso secundario de una manera absoluta, sin conexión con los productos de la imaginación y las expresiones simbólicas.

Este doble déficit en cuanto a la capacidad de representar y de simbolizar, sería la razón principal por la cual el cuerpo no llega a construirse como cuerpo erógeno y se manifestaría en la ausencia de una fantasía operando detrás del trastorno somático (Borelle & Russo, 2017).

Posteriormente, la noción de *vida operatoria* reemplazó parcialmente a la de pensamiento operatorio, con la intención de marcar la importancia de la conducta en este tipo de cuadros en contra de una disminución del pensamiento, ya que las representaciones que pueden encontrarse en los pacientes con esta característica son pobres, repetitivas y están marcadas por lo actual y lo fáctico (Marty, 1992).

El comportamiento operatorio aparece como un comportamiento vacío de toda representación psíquica, una actividad que desde el exterior se observa como gran agitación,

pero que no tiene un objeto definido, sino que simplemente sirve a un agotamiento libidinal, a la descarga de un exceso de excitación que no se puede tramitar de otra manera (Borelle & Russo, 2017).

Un aspecto importante del pensamiento operatorio desde el punto de vista de la clínica es que el paciente que presenta esta forma de acercarse a la realidad relata lo que le acontece sin establecer relación alguna entre sus problemas, como si se tratara de hechos aislados. Incluso cuando el analista arriesga una interpretación intentando mostrar una relación entre la aparición de los síntomas y alguna circunstancia anecdótica precisa, esto no produce el efecto esperado en el paciente (Ulnik, 2000).

3.2.3 Depresión esencial

La depresión esencial es presentada por Marty (1992) como un conjunto de síntomas que, sin ser exclusivos de los enfermos somáticos, se presentan en la clínica psicósomática con mayor frecuencia que el tipo puro de pensamiento operatorio. La caracteriza como una depresión sin objeto, sin autoacusación, ni culpa consciente, en donde todo el sentimiento de desvalorización personal aparece volcado hacia lo somático. Esto último es interpretado como una señal evidente de la debilidad del trabajo mental de las personas que presentan estos síntomas. Ésta llega incluso a “la falta, borramiento en toda la escala, de la dinámica mental (desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática y onírica) (...) El instinto de muerte es señor y dueño de la depresión esencial” (p. 40). Esta cita implica una afirmación categórica en cuanto a la carencia a nivel de los procesos primarios y de su vinculación con los secundarios.

Algunas de las características que pueden encontrarse en la depresión esencial y que surgen de la debilidad del trabajo mental mencionada son la falta de ilusiones y proyectos, sin que esto sea vivenciado como una frustración sino con apatía, el cansancio paradójico, es decir aquel que aumenta después de haber descansado y disminuye después de una actividad física sostenida, y la supresión de afectos como la angustia y el dolor psíquico en su calidad de señales (Borelle & Russo, 2017).

Por otra parte, la depresión esencial aparece relacionada con el traumatismo, en la medida en que puede aparecer cuando algún suceso traumático desborda las capacidades de elaboración psíquica generando desorganización en el aparato psíquico (Marty, 1992).

3.3 Incidencia del trauma en trastornos psicósomáticos

3.3.1 Traumatismo y desorganización del aparato psíquico

Freud sostiene que los acontecimientos traumáticos ocurridos en la infancia tienen un papel importante en la formación del fenómeno patológico en algún momento posterior a la vida del sujeto (Freud 1916/2000).

El traumatismo se produce por una excitación excesiva de los instintos o pulsiones que sobrepasa las capacidades de procesamiento del aparato psíquico. Se define por la cantidad de desorganización que ocasionan y no por la casualidad del acontecimiento o de la situación que los generan. Se origina de la relación entre el monto de excitación y la defensa del individuo en cuestión (Marty, 1992).

Esta última afirmación implica que lo que define al traumatismo no es la gravedad del acontecimiento que toca vivir, ni siquiera el monto de excitación que despierta, sino la forma en que desde el punto de vista del psiquismo ese acontecimiento se inserta en una cadena significativa. Con respecto a esto cabe recordar la teoría del traumatismo en dos tiempos, en donde un acontecimiento que actúa como desencadenante se enlaza con otro anterior que está asociado con una energía tan grande que resulta desbordante de las defensas y se convierte en una amenaza de desorganización. Así mismo, puede aplicarse aquí la noción de series complementarias que vinculan situaciones traumáticas desencadenantes con una historia del sujeto y unas características del aparato psíquico que determinarán una cierta capacidad de responder a las exigencias de trabajo psíquico. Adicionalmente entra en consideración aquí la cuestión de la facilitación somática, relacionada con la historia particular de enfermedades orgánicas de un sujeto que constituyen vías privilegiadas para el desarrollo de las excitaciones, o debilidades desde el punto de vista de la vulnerabilidad (Cristóforis, 2006).

Marty (1992) sostiene que el traumatismo en sí mismo se define por el efecto desorganizante que tiene sobre los aparatos psíquico y somático. Las situaciones

traumatizantes provocan un flujo de excitaciones pulsionales a nivel del aparato psíquico provocando una tendencia a la desorganización. Esta tiende a difundirse en un sentido inverso al propio del desarrollo evolutivo, esto es que en primer lugar el traumatismo afecta al aparato psíquico, que en su intento de tramitar esta perturbación bloquea, o al menos intenta hacerlo, los movimientos de desorganización antes de que lleguen al aparato somático. Esto implica que las excitaciones pueden tramitarse y elaborarse al interior del aparato psíquico, expresándose en rasgos del carácter y pautas de comportamiento. Sin embargo, pueden surgir problemas y obstáculos para que se de este flujo de las excitaciones, que generalmente tienen que ver con insuficiencia del aparato psíquico, más precisamente del sistema preconsciente de las representaciones, ya sea como resultado de una desorganización psíquica previa, por inhibición, evitación o falta de representaciones.

La mala mentalización sería la clave para comprender que se produzcan procesos de desorganización progresiva con efectos en el aparato somático, sin que se registren al mismo tiempo síntomas psíquicos. Según destaca Ulnik (2000) al hacer una revisión desde una mirada crítica de la teoría psicósomática de Marty (1992), en dicha teoría habría un cambio progresivo de la denominación *psíquico* por *mental* que se extiende a partir de la propuesta del concepto de pensamiento operatorio y sus derivados, vida operatoria y sujeto operatorio. De esta manera, se pasaría de la descripción de formas de pensamiento a una estructura de personalidad que implicaría una diferencia sustancial, cualitativa, entre neuróticos y pacientes somáticos. En el caso de neurosis que el propio Marty (1992) denomina bien mentalizadas, los fenómenos de desorganización provocados por algún tipo de traumatismo no serían progresivos, mientras que las fallas en la mentalización abrirían la posibilidad de que la desorganización progresiva llegue a poner en riesgo la propia vida del sujeto, especialmente cuando se combina con la depresión esencial u otra forma de falla en la organización original de fondo.

En cualquier caso, es necesario considerar cuáles pueden ser las formas en que este tipo de desorganización del aparato psíquico pueden evitar desembocar en enfermedades somáticas cada vez más graves.

3.3.2 Desorganizaciones y regresiones en los procesos de somatización

La desorganización progresiva aparece en oposición manifiesta con el movimiento de organización evolutiva que arranca en la infancia y que, a través de asociaciones y jerarquizaciones, va avanzando de menor a mayor nivel de organización entramando conjuntos funcionales constitutivos del aparato psíquico. Aquí aparece la vinculación con el traumatismo, ya que es justamente el efecto de un traumatismo presente o pasado se revela que ciertos elementos de un nivel evolutivo dado no se hacen presentes en el momento requerido, la organización funcional fracasa, y entonces se produce un movimiento contraevolutivo, un movimiento de desorganización (Marty, 1992).

Ante el avance de la desorganización, el superyó pierde su función habitual y es reemplazado por un superyó arcaico que lleva al paciente a un círculo vicioso de heridas desorganizantes (Cristóforis, 2006).

Pero, por otra parte, la desorganización progresiva aparece en oposición a la regresión. Fundamentalmente puede decirse que la desorganización progresiva, aún cuando pueda ser fragmentaria o aislada, es un proceso continuo y en algunos casos definitivo, mientras que otras formas de desorganización, aún alcanzando una extensión casi global, resultan limitadas en el tiempo y conservan un cierto potencial reorganizador en la posibilidad de una regresión libidinal. La falta de esta posibilidad es lo que determina que en la mayoría de los casos los procesos de desorganización progresiva desemboquen en somatizaciones (Marty, 1992).

Marty (1992) plantea como polos opuestos justamente a las desorganizaciones progresivas y a las regresiones. Por un lado, las desorganizaciones psicósomáticas dan lugar a enfermedades como consecuencia de ellas. Allí se identificaría que se trata de desorganizaciones progresivas, mientras que las regresiones somáticas, por definición, dan lugar a enfermedades reversibles, que acompañan o completan a las regresiones mentales. Los sistemas de regresiones somáticas que están presentes en los casos de *neurosis bien mentalizadas* también pueden existir en casos de neurosis mal mentalizadas o neurosis de comportamiento, en cuyo caso un sujeto puede llevar adelante su vida sin encontrarse con trastornos somáticos; esto si el entorno, sobre todo el familiar, lo protege contra excitaciones traumáticas. Pero estos mismos sistemas de regresiones pueden ceder bajo la presión de

alguna situación particularmente traumática y abrir la posibilidad de una desorganización progresiva.

Siguiendo estos lineamientos propuestos por la Escuela de París, Borelle y Russo (2017) describen dos vías posibles de somatización según prevalezcan o no fijaciones capaces de revertir los procesos de desorganización. En primer lugar, aquellas somatizaciones que pueden denominarse de tipo regresivo, y que se dan en individuos relativamente bien mentalizados, con capacidad de regresiones a puntos de fijación funcionales, serán enfermedades reversibles que no llegan a poner en peligro la vida de la persona, aunque pueden repetirse en distintos momentos de la vida. Los síntomas que aparecen en estos casos tienen un cierto potencial defensivo y por lo mismo permitirían movimientos contrarios a la desorganización, capaces de restaurar un cierto equilibrio psicosomático. En cambio, los trastornos somáticos que se dan en casos de individuos con una mentalización insuficiente y sin sistemas de regresiones capaces de frenar el movimiento de desorganización resultan mucho más graves y pueden incluso llegar a poner en riesgo la vida del individuo. Estos serían los que siguen una cadena que va desde el pensamiento operatorio hasta la desorganización progresiva, pasando por la depresión esencial. La ausencia de puntos de fijación somática funcionales explica que el movimiento desorganizativo no se detenga y desemboque en una enfermedad grave.

Por el otro extremo, la desorganización progresiva aparece relacionada con ciertos procesos de duelo no elaborados. Marty (1992) afirma que, dentro de la multiplicidad de acontecimientos que tienen el potencial traumático para generar procesos de desorganización que deriven en somatizaciones, un gran número corresponde a la pérdida objetal, entre las que se encuentra el fenómeno del duelo.

3.4 Duelo y psicosomática

3.4.1 Duelo normal y patológico

Freud (1917/2000) define al duelo como la reacción frente a la pérdida de un objeto amado, ya sea una persona o una idea abstracta, como puede ser la patria, la libertad u otro ideal. En principio, esta reacción suele transitarse dentro de lo normal y esperable, pero en

algunos casos puede derivar en cuadros patológicos como la melancolía. A diferencia del duelo normal, la melancolía se caracteriza por una profunda tristeza, cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar y de producir, así como por la abundancia de autorreproches y autodenigraciones que pueden llegar a un grado extremo. Freud deja así planteada la posibilidad de las derivaciones patológicas de la pérdida de un objeto amado.

Por fuera de los trabajos teóricos y clínicos, Freud dejó constancia de ciertas características del duelo que no se ven reflejadas en el trabajo citado. Gerez Ambertin (2005) presenta un trabajo sobre el duelo en psicoanálisis en el cual dedica una parte al análisis de cartas de Freud durante el periodo 1920-1929, una etapa de pérdidas importantes para él. Allí encuentra afirmaciones acerca de lo inconsolables que nos deja la pérdida de un ser querido, de la imposibilidad de ocupar ese vacío que deja, a no ser con algo distinto y la necesidad de llevar a cabo el proceso de duelo salvando ese amor que se había puesto en juego a través de la propia identidad, de los rasgos del carácter, en los mandatos del superyó y en los síntomas. De esta manera, la autora extrae como conclusión que el duelo no sería exclusivamente un trabajo de separación del objeto amado y luego perdido, sino al mismo tiempo un sujetamiento con el mismo, en el cual el lazo se modifica y ese objeto pasa a abonar los propios fantasmas y síntomas.

Más allá del caso de la melancolía, un duelo no resuelto o que se vuelve patológico puede dar lugar a manifestaciones dentro de lo que se conoce como enfermedades psicosomáticas, como prolegómeno de un estado de depresión esencial o incluso de una posible desorganización progresiva (Borelle & Russo, 2017).

Ulnik (2008) relaciona el duelo con las enfermedades psicosomáticas a través de lo que llama dificultades de simbolización. Según este autor, algunos pacientes tienen dificultades para adquirir la noción de ausencia, lo que les hace muy difícil sobrellevar los duelos o las separaciones. Esto se explica porque el duelo normal requiere que el sujeto pueda trabajar con la dialéctica presencia-ausencia, logrando una doble separación, entre la representación del objeto amado y su sostén imaginario y la separación entre la imagen que tiene el sujeto de sí mismo y la que le devuelve el otro. En algunos casos, ante la muerte de

un ser querido las personas que tienen limitaciones en cuanto a su capacidad para elaborar psíquicamente estas separaciones se ven enfrentadas a una situación de duelo que no pueden afrontar y entonces suelen enfermar, o bien desarrollan su vida cargándose con obligaciones a las que sienten que no pueden faltar de ninguna manera. Una compensación especial mencionada por el autor, es la que este tipo de personas encuentran en enfermedades que les exigen rutinas obligatorias, por ejemplo, en cuanto a la dieta o toma de medicación.

También se puede pensar que el dolor que implican algunas enfermedades viene a ser una forma de enfrentar el duelo cuando resulta imposible simbolizar la ausencia. Esto es lo que plantea Salgado (2011) en su análisis del caso de una paciente internada por problemas dermatológicos. En sus conclusiones afirma que esta persona no ha conseguido elaborar adecuadamente el duelo por su madre muerta ante la imposibilidad de simbolizar la ausencia de su madre. Define este tipo de duelo como *duelo psicósomático*, caracterizándolo como aquel en que el dolor se sufre por la ausencia de alguien o algo que no se ha dado por perdido, ya que el mismo dolor es una percepción que eterniza al objeto perdido en la realidad.

3.4.2 Los duelos que se adeudan

La frase que da título a este apartado pertenece a Chiozza (2013), quien considera la importancia de los duelos que no se tramitan adecuadamente en las enfermedades psicósomáticas. Si bien el tiempo de realización del duelo por una pérdida importante es estimado en alrededor de un año y medio, el autor afirma que en la clínica es difícil encontrar procesos de duelo que se tramiten en este plazo y que esto tiene claras consecuencias para la persona que carga con esta deuda. En primer lugar, destaca la energía que es necesario movilizar para oponerse a un dolor que lucha por expresarse, restándola al resto de las tareas que debe realizar el aparato psíquico. Pero además esto se complica porque el costo de tramitar un duelo postergado aumenta con el tiempo, como si se tratara de la acumulación de intereses de una deuda y esto es aún peor cuando los duelos se acumulan, es decir cuando hay más de un duelo cuya tramitación se ha postergado.

En este sentido, y siguiendo a Cristóforis (2006) se podría pensar que la pérdida de personas, objetos, ideales o lo que fuera, cobra un sentido en tanto disparador del traumatismo por remitir a escenas históricas que se relacionan con la castración o el desamparo. Aunque, según el autor, resulta ineludible preguntarse porqué algunos individuos son capaces de hacer un trabajo de duelo frente a una pérdida y otros llegan a caer en un proceso de desorganización que contribuye a la aparición de enfermedades somáticas. Aparece aquí la importancia del factor disposicional y la mencionada noción de series complementarias. Para que algo así ocurra, el duelo debe dar lugar a una inundación de energía en un aparato psíquico que es incapaz de controlar y elaborar ese flujo de excitaciones, generando un proceso de desorganización que no encuentra diques a su avance en fijaciones funcionales.

Otra cuestión que Chiozza (2013) presenta como factor que complica la tramitación de un duelo está vinculada con las relaciones con el objeto amado y perdido. El autor sostiene que, a pesar de que es común pensar que el duelo es peor cuando la persona tiene muchos buenos recuerdos de aquello que ha perdido, es más difícil realizar la tramitación del duelo dentro de los límites considerados normales cuando el disfrute del objeto amado ha sido postergado por cualquier razón o se ha visto interferido por la ambivalencia.

Korovsky (1978; citado en Chiozza, 2008) refiere que muchos pacientes con psoriasis coinciden en sus relatos en que la aparición de la enfermedad aparece directamente relacionada con un hecho traumático que, casi como regla general, consiste en la pérdida real o fantaseada de un objeto amado e idealizado, pérdida que es vivida inconscientemente como abandono. A pesar de esta relación entre un duelo patológico y la psoriasis, cabe aclarar que Chiozza (2008) presenta un conjunto de fantasías inconscientes propias de esta enfermedad (estar en carne viva, estar escamado, cambiar de identidad) con lo cual se estaría diferenciando de los planteos de la Escuela de París, que destacan la ausencia de fantasías en los pacientes con enfermedades somáticas (Marty, 1992).

Queda planteada así la cuestión acerca del modo de resolución del conflicto que implica un duelo de difícil tramitación. En su elaboración normal ella se ubica en el plano psíquico, como sucede en la neurosis donde el conflicto es interiorizado y objeto de una simbolización

que responde a la vida fantasmática más o menos rica del sujeto. En otros casos el conflicto está ahí, indudablemente, pero sin poder engranarse en un mecanismo psíquico que le permita expresarse simbólicamente. Haciendo un paralelismo con lo que ocurre en el caso de las neurosis actuales, cuando la elaboración psíquica es insuficiente, más allá de las causas que expliquen esta insuficiencia, la carga que representa la pérdida que da origen a un duelo busca otras vías a través de las cuales transcurrir, y si es el caso en que por fallas en la constitución del aparato psíquico y algunas de las características a las que se ha hecho referencia hasta aquí, la vulnerabilidad somática dará paso a la enfermedad bajo la forma de síntomas somáticos en apariencia totalmente desconectados de la pérdida que se encuentra en su misma base (Cristóforis, 2016).

3.5 Análisis de pacientes con enfermedades de la piel

Como se ha dicho en el apartado acerca del pensamiento operatorio, los pacientes vulnerables a padecer trastornos somáticos son incapaces de establecer relaciones entre su enfermedad y sus problemas, tratándolos como si se tratara de hechos aislados. Esto dificulta el trabajo del analista a través de la interpretación, ya que no encuentra eco en el analizado. Por esta razón debe existir un trabajo previo de intervención a través del cual el analista vaya conectando las representaciones palabra de las que dispone el sujeto en su preconsciente con los afectos, para recién después poder avanzar en la interpretación que pone en conexión estas representaciones con lo inconsciente (Ulnik, 2000).

Pompa Guajardo y Meza Peña (2014) presentan un estudio de caso en el cual a lo largo del tratamiento y basándose en análisis del discurso del paciente, llegaron a la conclusión que la psoriasis que ella padecía era una defensa contra la marca emocional que le había dejado el duelo no elaborado tras la muerte del padre.

En el mencionado artículo de Salgado (2011), Fernanda sufre de varios problemas dermatológicos, como consecuencia de los cuales tuvo una gangrena en uno de sus pechos después de la extracción de un quiste por falta de cicatrización. El autor analiza varios significantes que hacen pensar en la relación con el duelo por su madre muerta, por lo cual se

podría decir que la enfermedad somática viene a representar aquello que la paciente no puede simbolizar. Algunas de las cosas que se destacan en el análisis son: Fernanda comete un fallido del que no se da cuenta al referirse a sus problemas de piel, dice: “tengo muchas *cicatrices*”. Este lapsus es interpretado como una forma extraña de condensación de la enfermedad y la tristeza por su pérdida. Además, cuando se refiere a la herida en su mama que no cierra y que produjo la gangrena por la cual podrían extirpársela, dice que no quiere perder la mama y recuerda que la operación fue en el tiempo en que su madre estaba ya muy enferma y ella tenía que ayudarla a moverse, apoyándola en su mama operada, cosa que piensa podría tener relación con la falta de cicatrización. De esta manera relaciona la enfermedad mortal de la mamá con la herida que no cierra en su mama.

Borelle y Russo (2017) describen varios casos de sujetos con trastornos somáticos diversos. Entre ellos se encuentra el de Esteban, un hombre de 38 años con esposa y un hijo de 6 años de edad, que se presenta con esclerosis múltiple. En principio, las autoras presentan algunas características propias de la debilidad del trabajo mental al que se ha hecho referencia. Esteban presenta su enfermedad invalidante como un “problemita” y continúa buena parte de la entrevista inicial con una total supresión de cualquier expresión de afectos. Recién en el final de la misma y ante una intervención de la analista puede conectarse con su sufrimiento y expresar algo de eso. En el análisis surge que el momento de diagnóstico de la enfermedad es inmediatamente posterior a la separación laboral de su padre, con el cual trabajaba desde los 18 años, lo cual sugiere que la enfermedad somática vendría a ocupar el lugar del trabajo de duelo, en la medida en que Esteban refiere esa separación como una anécdota, sin mostrar ningún signo de pena con respecto a ella. Otras cuestiones que se añaden en el informe son su aferramiento a las reglas externas, su preocupación por ser quien contenga a su mujer y a los otros, y un desplazamiento de la función superyoica en favor de un yo ideal que lo conduce a un sentimiento de omnipotencia con referencias a su capacidad de “poner el cuerpo” a los problemas.

Traumas tempranos que no han sido tramitados debidamente, duelos que no se hacen, quizás por una falla en la capacidad de simbolización, y características de personalidad como la tendencia a sobreadaptarse o el pensamiento concreto, son aspectos de lo psíquico que

resultan de interés para el análisis en cuanto a su vinculación con las enfermedades psicosomáticas.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo y de análisis de caso único.

4.2 Participantes

Este trabajo se basa en el análisis del caso de la paciente R, una mujer de 24 años de edad con psoriasis, quien fue derivada a la institución psicoanalítica en la cual se realizó la práctica desde el servicio de Psicodermatología del hospital donde se atendía. La paciente ha tenido varios episodios de psoriasis desde sus 13 años de edad y llega a tratamiento analítico después de la falta de respuesta a los tratamientos médicos recibidos y ante la sospecha de que se trataba de un caso de enfermedad psicosomática.

El tratamiento se inició con sesiones de entre 40 y 45 minutos con frecuencia semanal, a cargo de la licenciada D., de una edad aproximada de 30 años. La misma trabaja en el servicio de Psicodermatología de ese hospital público, donde recibe a los pacientes que fueron derivados después de la admisión para ser atendidos dos veces por semana durante 45 minutos. La Licenciada, concurre semanalmente a la institución en donde tuvo lugar la práctica, lugar donde atiende pacientes y son supervisados los casos de los pacientes que están a su cargo en el hospital.

R vive con su madre, trabaja y estudia. En el Hospital fue atendida durante 6 meses, realizando sesiones de 45 minutos aproximadamente, una vez por semana y en algunas ocasiones dos.

4.3 Instrumentos

Dos entrevistas semiestructuradas con la analista que lleva el caso, que fueron planificadas para ampliar la información de la historia clínica y obtener datos acerca de la

llegada a consulta de la paciente, inicio y recorrido del análisis y aspectos particulares del caso.

Aunque se había previsto en el plan de TFI, el acceso a la historia clínica completa de la paciente, no fue posible por cuestiones relacionadas con el secreto profesional.

4.4 Procedimiento

De las entrevistas con la analista se recolectaron datos sobre la enfermedad, características de la paciente y su conexión con sucesos traumáticos de la historia personal, así como los duelos que tuvo que afrontar y la tramitación o no tramitación de los mismos.

Ambas entrevistas se efectuaron en la institución. El lunes 6 de agosto fue la primera: de 09:30 a 09:50, 20 minutos; y el viernes 12 de octubre se realizó la segunda entrevista, a las 09:52 y duró 13 minutos.

Cabe aclarar que, aunque estaba previsto en el plan de TFI, no se tuvo acceso a la historia clínica de la paciente por mantenerse el respeto al secreto profesional.

5 Desarrollo

5.1 Presentación del caso

El caso analizado en este trabajo es el de una paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, de nacionalidad argentina y domiciliada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En la actualidad convive con su pareja, de 26 años, y no tienen hijos. La paciente, a la que se hará referencia como R, tiene estudios terciarios (Profesorado de Historia), trabajó como empleada administrativa y después dando clases de Historia en una escuela de esta ciudad. R llega a la institución derivada por una dermatóloga de un hospital público de la CABA, con un diagnóstico de Psoriasis. El padre de R falleció en 2016, mientras que su madre vive, habiendo superado un cáncer recientemente. Además, tiene una hermana 6 años mayor que ella.

Las manchas en la piel aparecieron por primera vez en el 2003 y desde entonces han ido y venido intermitentemente sin que se encontrara solución a su problema. A partir de la primera entrevista se decidió iniciar un análisis con sesiones semanales de 45 minutos de

duración durante 6 meses. El tratamiento fue gratuito debido a que la paciente llegaba derivada de un hospital público.

Cuando R comenzó su análisis ya vivía en pareja con un compañero del profesorado de historia. Después de un breve noviazgo ella se fue a vivir con él a la casa paterna de su pareja donde éste convivía con su padre, habiendo fallecido la madre años atrás.

5.2 Enfermedad dermatológica y características de personalidad (Sobreadaptación, pensamiento operatorio, fantasía poco desarrollada)

En la entrevista que se le hizo a la psicoanalista que tuvo a cargo el tratamiento de R, ésta cuenta que al inicio de su análisis R se presentó a sí misma como alguien que siempre hizo *lo que tenía que hacer* a lo largo de su vida. Además, lo hace en comparación con su hermana mayor, aunque comience la frase con una negación: *No me puedo comparar con mi hermana, yo siempre hice lo que tenía que hacer, pero en la familia siempre hay una oveja negra y en este caso es ella.*

En estas palabras se puede apreciar como la propia paciente se define como alguien que hace lo que *tiene que hacer*, una definición que puede relacionarse con la caracterización de la sobreadaptación como un rasgo de personalidad no egodistónico, en la medida en que puede ser mostrado por la persona como un motivo de orgullo en el marco de una confusión entre la idea de asumir responsabilidades y la de ser querido y aceptado por los demás (Lieberman et al., 1982).

La terapeuta interpreta que R destaca esa característica de su personalidad como algo valioso y que resulta un motivo para que la madre la quiera, como si en su caso estuviera justificado que la madre hiciera cosas por ella porque ella siempre está pendiente de lo que necesita la madre. Como además siente que la madre no hace esas cosas con ella, como sí las hace con la hermana, va quedando de esta manera un cargo a su favor en la cuenta que la paciente lleva del cariño.

En cada uno de los episodios de enfermedades que se dieron en la familia, primero la enfermedad de su padre que terminó en su fallecimiento y luego la enfermedad de la madre, R fue quien asumió la responsabilidad, una vez más, de cuidar a los enfermos y atender sus

necesidades. Aunque R no tenía una muy buena relación con su padre, ya que discutían mucho de política, fue ella quien se encargó de cuidar de él durante la internación y de brindar apoyo a su madre, que estaba conmocionada. Esto fue así debido a que su hermana mayor se desentendió de los problemas de su familia de origen después de haberse casado y formado su propia familia. Es R misma quien explica esto, diciendo que la hermana *nunca más les dio bolilla a papá y mamá. Solamente aparecía cuando necesitaba algo, como que le cuiden al hijo. Incluso estando mamá enferma de cáncer.* Esto continúa la línea de la comparación permanente con la hermana, que es quien no hace lo que debería hacer, en contraste con ella que siempre cumple con lo que, según supone la paciente, los demás esperan de ella.

La terapeuta sostiene que cuando la paciente cuenta estos hechos puede interpretarse que no se está quejando de lo que tuvo que vivir, que seguramente es una gran carga para cualquier persona, sino como si estuviera enumerando sus logros. Esto puede identificarse en las palabras que utiliza, aunque el tono de su voz no demuestra ninguna emoción. Más adelante se analiza el significado de esta falta de emoción en el relato de la historia de las enfermedades familiares, aunque puede adelantarse que hay en esta falta de contacto con las emociones algo similar a lo que Marty (1992) enumera entre las características de la vida operatoria. El pensamiento aparece entonces adherido a lo concreto y totalmente desprovisto de valor libidinal.

Algo similar a lo que sucede dentro de su familia de origen ocurre en la relación con su novio. R se mudó a vivir con él después de un tiempo de novios, compartiendo la pareja la vivienda con el padre del joven. Cuando la paciente se mudó encontró que en la casa se conservaban todavía todas las cosas de la mujer fallecida como si estuviera viva, ropa en los placares y artículos que habían sido de ella seguían estando en todos los lugares de la casa desde hacía 10 años y no se tocaban. Desde el momento en que R se instaló en la casa del padre de su novio, relata la terapeuta, trató de hacer propia la casa porque, según contaba, se sentía una extraña en esa situación. Poco a poco fue sacando las cosas de la madre y poniendo las suyas, pero en ese movimiento pasó también a ocupar el lugar de la madre respecto de su pareja: no solamente se encargaba de comprar las cosas y preparar la comida, lavarle la ropa

y ordenar sus cosas, sino que también asumía un rol protector, solucionándole todos los problemas que se le presentaban.

Frente a esto el trabajo que asumió la terapeuta fue el ayudarla a comprender que no tenía que hacer eso, que era necesario que redefiniera el lugar que ella ocupaba en la casa. *Traté de que comprendiera que ella no tenía que ser la madre de su novio, sino su compañera. Está bien que hiciera cosas por él, pero no tenía que actuar como si estuviera en el lugar de la madre fallecida.* Esta forma de plantear la relación con su pareja también puede considerarse como una expresión de sobreadaptación, en donde la paciente interpreta los mensajes que expresan las necesidades y problemas de su novio como exigencias que ella debe satisfacer imperativamente (Lieberman et al., 1982), para seguir siendo una persona que *siempre hace lo que tiene que hacer.*

Durante las primeras entrevistas R contó la historia de su familia. Sus abuelos paternos eran migrantes que se habían instalado a vivir en el norte de la provincia de Buenos Aires. Ella vivió en sus primeros años con sus padres y luego se fueron todos ellos a vivir con los abuelos. Allí pasó el resto de su niñez hasta llegar a la adolescencia. Luego se mudó a otra casa con sus padres, hermana y abuelo, entonces aconteció la muerte de su abuelo. Merece destacarse que R reconstruye esta historia con algunas dificultades. No puede dar fechas exactas, sólo aproximadas, y es necesario preguntarle por cada cosa para que continúe con el relato. *Le cuesta historizar*, dice la terapeuta, y señala que el hecho de que haya estudiado el profesorado de historia haciendo su tesis sobre la migración, un tema que está claramente relacionado con la historia de su familia de origen, es algo que llama la atención.

La profesional considera que hay en esta elección, tanto de carrera como del tema en el cual hizo su tesis para recibirse, la expresión de un deseo inconsciente. Sin embargo, no deja de señalar que esto convive con su dificultad para construir un relato de su propia historia y con el hecho ya mencionado de que cuando cuenta esa historia lo hace con poca o ninguna emoción. Esto es interpretado por la terapeuta como la consecuencia de una separación del pensamiento y la emoción que le impide expresar lo que siente, utilizando el término *alexitimia* para ello. Esta es otra de las características que algunos autores enumeran entre aquellas que determinan una mayor vulnerabilidad frente a los trastornos somáticos (Zukerfeld & Zonis 2001).

Esto mismo se relaciona con algunas características propias del pensamiento operatorio, como la falta de vínculo con la vida fantasmática y la energía libidinal (Marty, 1992) y con la imposibilidad que muestran los pacientes vulnerables a padecer trastornos somáticos para establecer relaciones entre su enfermedad y sus problemas (Ulnik, 2000). Esto es señalado por el autor como un obstáculo para el trabajo del analista a través de la interpretación, pero en el caso analizado aquí puede decirse que la terapeuta hizo todo un trabajo previo para que la paciente pudiera conectarse con los afectos, como condición previa para el trabajo de interpretación y de elaboración de los problemas de R para vincularse a través de las emociones con su propia historia. Considerando que las relaciones con su madre, hermana y novio eran cuestiones a trabajar en este caso, y que se relacionaba además con esta dificultad de R para conectarse con sus emociones, la terapeuta se concentró en una primera etapa en que la paciente pudiera expresar lo que sentía en cada una de esas relaciones. Sólo después de haber entrado en este terreno y habiendo pasado a palabras esas emociones se pudo dar un trabajo de interpretación y construcción de nuevas formas para esas relaciones con la intención de lograr resultados duraderos. La conexión de las representaciones palabra con la instancia inconsciente (Green, 1972) actúa así como una forma de lograr que la pobreza de la mentalización de la paciente se compense de alguna manera, enriqueciendo su pura conexión con lo actual y lo fáctico a la que hace referencia Marty (1992).

En efecto, a partir del trabajo analítico R comenzó a reconstruir sus 25 años de historia personal y familiar como una historia propia, como algo que le pasó a ella y que está presente en su realidad actual, y no como un simple relato como podría ser el de algún acontecimiento histórico lejano en tiempo y espacio. En alguna medida pudo establecer también una relación entre la migración, como fenómeno histórico y social de su interés, y las migraciones familiares y personales: la de sus abuelos en primer lugar y las propias, de su casa paterna a la casa de los abuelos, de vuelta a vivir con los padres, luego a la casa del novio y finalmente el retorno a vivir con la madre. De esta manera, esos elementos de su historia y de la *prehistoria* familiar fueron puestos en conexión con su vida actual, ayudando a la interpretación como medio de construir nuevas significaciones, conectadas con las emociones.

Esto último es algo que sucedió durante el análisis. A partir del trabajo de análisis guiado por la terapeuta, R empezó a introducir algunos cambios en la relación con su novio. Dejó de estar tan atenta a las necesidades de éste y empezó a expresar su desacuerdo con algunas cuestiones que le imponía la convivencia en casa de su suegro. A partir de estos cambios la relación con el novio se fue tensando hasta que llegado un punto decidieron dejar de estar juntos y R se fue a vivir con su mamá.

Volver a vivir con la madre también aparecía como una situación problemática, considerando los antecedentes de la relación entre ellas y los sentimientos que la paciente estaba empezando a descubrir en relación con su madre. Sin embargo, las cosas entre ellas no volvieron a ser como antes. En el análisis se había trabajado mucho, desde el principio, la relación con su madre, tanto en el sentido de lograr que R pudiera entenderla y aceptarla tal como es, en las buenas y en las malas, como en el de expresar sus sentimientos hacia ella. Con esta base se continuó trabajando con la relación entre ambas mujeres durante esta nueva etapa de convivencia. Como además todavía estaban atravesando el duelo por la muerte del padre, también se le transmitió a R que no debía reprocharle nada a la madre, sino acompañarla. Después de 6 meses de convivencia la madre logró superar su enfermedad y esto, de acuerdo con la terapeuta, ayudó a mejorar la relación. La profesional sostiene que, al curarse la madre, R pudo correrse con más facilidad de su lugar de protectora y dejar de estar pendiente de lo que le pasara. De hecho, en su nueva etapa de convivencia juntas han logrado establecer una relación entre 2 adultos con responsabilidades compartidas, se organizaron las tareas y disminuyeron los conflictos. El establecimiento de una nueva forma de relación, más madura y equilibrada, con su madre estuvo en el caso de R unido a la mejoría en otros aspectos de su vida personal. En este sentido puede relacionarse el cambio con lo que Liberman y cols. (1982) consideran el núcleo de la personalidad sobreadaptada. Para ellos el núcleo de la patología se encontraría en realidad en la tendencia a responder a las necesidades de otros poniendo el deber por sobre el placer. La enfermedad corporal, la psoriasis en este caso, no sería más que una forma de respuesta a la que llaman *protesta somática*. La piel de R habría estado dando estas señales de protesta por años, frente a la postergación a la que ella se resignaba. Los cambios en el sentido de dejar atrás la sobreadaptación serían fundamentales desde este punto de vista para combatir adecuadamente el problema de la paciente, junto con

el trabajo de conexión de las representaciones conscientes con la energía libidinal que se ha mencionado anteriormente.

5.3 Enfermedad dermatológica y traumatismo

Siguiendo a Marty (1992), los hechos y situaciones que tienen un potencial traumático provocan un flujo de excitaciones pulsionales que provocan una tendencia a la desorganización a nivel del aparato psíquico. Esta desorganización, si no puede tramitarse en este nivel, tiende a difundirse en un sentido inverso al propio del desarrollo evolutivo, es decir que en primer lugar el traumatismo afecta al aparato psíquico y luego al aparato somático. Este autor sostiene que las excitaciones pueden tramitarse y elaborarse al interior del aparato psíquico, expresándose en rasgos del carácter y pautas de comportamiento. Esto podría relacionarse con el carácter de R, su orgullo por ser alguien que siempre hace lo que tiene que hacer (sobreadaptación) e incluso su bloqueo de las emociones relacionadas con su difícil historia familiar. La terapeuta considera que esto constituye justamente una forma de no tramitación, más que un medio adecuado para resolver el exceso de excitación a nivel de aparato psíquico, y que es por ello que la vía que encuentra esta tensión excesiva para expresarse es a través de la somatización. Esto coincide con Green (1972), quien incluye la somatización como uno de los mecanismos posibles de respuesta cuando el aparato psíquico se ve sobrepasado por las exigencias pulsionales y encuentra su límite. Se trataría, según el autor, de un modo de respuesta que va más allá del procesamiento normal y que revela ese desborde aún cuando no se presenten síntomas que serían típicos en pacientes neuróticos a los que Marty (1992) llamaría bien mentalizados.

Un hecho que merece destacarse en cuanto a la relación entre la enfermedad de R y el traumatismo es que las apariciones de la enfermedad en la paciente coinciden casi con exactitud con acontecimientos potencialmente traumáticos, es decir con la potencia suficiente para superar las defensas de la paciente iniciando un proceso de desorganización progresiva (Marty, 1992).

Las primeras manifestaciones de la psoriasis en la paciente tuvieron lugar alrededor de sus 13 años, coincidiendo con el fallecimiento de su abuelo materno, con el cual había

convivido buena parte de su infancia. El hecho se dio de una manera trágica, ya que el hombre fue atropellado por un camión mientras circulaba en bicicleta. La terapeuta señala aquí la irrupción de un hecho traumático para la paciente que llega, además, en un momento del ciclo vital particularmente crítico como es la pubertad. Resulta comprensible, siguiendo a Marty (1992), que un acontecimiento de estas características resultara en un desbordamiento de las capacidades de elaboración psíquica de R en un momento en el que las tensiones de origen interno reclamaban un esfuerzo de trabajo psíquico notable.

Después de este episodio inicial, la segunda vez que aparece la psoriasis fue en el 2013, nuevamente coincidiendo con un acontecimiento con potencial traumático. En este caso se trata del fallecimiento de su abuela paterna, con la que había construido (según cuenta la propia R) un vínculo muy fuerte durante su infancia. La muerte de la abuela fue también, de alguna manera, repentina ya que se le diagnosticó un cáncer cuando estaba ya en un estadio avanzado y falleció al poco tiempo de su internación. R se vio muy afectada por esta muerte y al poco tiempo tuvo un agravamiento de su psoriasis por lo que tuvo que concurrir nuevamente al médico.

Finalmente, la psoriasis resurge con fuerza por tercera vez en 2016, cuando fallece su padre como consecuencia de un cáncer muy agresivo, pérdida que es seguida a las pocas semanas por la muerte de su abuelo paterno, en este caso por un paro cardiorrespiratorio. En esa oportunidad la expresión de la enfermedad en R fue particularmente fuerte y no llegó a superarla completamente, cuando tuvo que hacer frente a otra situación con potencial traumático, ya que al año siguiente le diagnosticaron cáncer a su madre. Es en ese momento en el que comienza su análisis derivada desde el hospital público en el cual se atendía por su enfermedad. Justamente la enfermedad de la madre es el último hecho traumático que puede identificarse en el historial clínico de R y también el motivo de que iniciara un tratamiento analítico después de años de intentos fallidos por librarse de la psoriasis.

El análisis aparece como un medio para poder superar las dificultades *para historizar* que tiene R. Cabe recordar que el efecto de desorganización que produce el traumatismo no depende de lo graves que sean las consecuencias de un acontecimiento, ni tampoco de que genere más o menos excitación; la clave para comprender el poder desorganizador del traumatismo es, según Cristóforis (2016), es considerarlo en relación con la forma que ese

mismo acontecimiento se inserta en una cadena significativa. Aceptando esto, eventos de la vida como las sucesivas mudanzas y, con más razón, las muertes de parientes directos requieren para ser tramitados adecuadamente de la disponibilidad de este tipo de cadenas a las cuales puedan sumarse con un sentido para el sujeto. En la medida en que hasta el momento de ingresar en análisis R, según cuenta la terapeuta, no había llegado a construir una historia con significado y en relación con las propias emociones resultaba más difícil que cada uno de estos acontecimientos pudieran articularse a esas cadenas significativas que menciona Cristóforis (2016) evitando la posibilidad de que se produjera un traumatismo con efectos desorganizadores.

Por otra parte, la repetición de episodios de la enfermedad que no llegan a afectar gravemente las actividades de la paciente parece responder a lo que Borelle y Russo (2017) denominan somatizaciones de tipo regresivo y que consideran propias de individuos con un nivel de mentalización relativamente aceptable, con capacidad para producir regresiones a puntos de fijación funcionales. En estos casos la enfermedad no llega a poner en peligro la vida de la persona y es reversible. En principio, el caso de R parece responder a esta caracterización; en la medida en que la paciente ha sufrido varios episodios de psoriasis (el último de ellos bastante fuerte) pero esto no ha tenido consecuencias graves para ella. Todas las veces en que apareció la enfermedad retrocedió, incluyendo el último episodio registrado, que fue el que terminó en la derivación a análisis. Sin embargo, no puede saberse en qué medida esto es el resultado de la capacidad de la paciente para llevar a cabo un trabajo relativamente adecuado con las representaciones preconscientes, el nivel de mentalización al que se refiere Marty (1992). De hecho, se ha mencionado ya que R tenía dificultades para relatar su propia historia y la de su familia, lo que permitiría dudar sobre la existencia de esta capacidad en la paciente.

Aunque no pueden rastrearse los antecedentes de la paciente para explicar el origen de la enfermedad, se puede suponer que existe aquí la facilitación somática a la que se refiere Cristóforis (2006) como un factor basado en la historia particular de enfermedades orgánicas de un sujeto que determinan vías privilegiadas para la somatización de las excitaciones que superan el límite de lo tramitable debido a la vulnerabilidad. Esto se basa en que a lo largo de

la historia de R los problemas en la piel fueron una constante, lo que hace pensar en la existencia de una facilitación somática del tipo de la mencionada.

Otro aspecto del efecto del traumatismo y la desorganización que resulta de él y lo define como tal (Marty, 1992) es el de los cambios a nivel del superyó. Cristóforis (2006) sostiene que, frente al avance de la desorganización, el superyó pierde su función habitual como heredero de los mandatos paternos y es reemplazado por un superyó arcaico, cruel y exigente, que lleva al paciente a un círculo vicioso de heridas desorganizantes. Como heredero de los mandatos paternos, de las prohibiciones relacionadas con el Complejo de Edipo, el superyó cumple ciertas funciones en relación con el Yo del sujeto. Aunque en algunos casos estas pueden generar conflictos, se espera que los mismos se desarrollen dentro de ciertos límites (Freud, 1917/2000). Lo que Cristóforis (2006) está diciendo es que, como resultado del traumatismo, el superyó puede transformarse en un tirano cruel para con el Yo del paciente provocando heridas que, ante la incapacidad de tramitarlas adecuadamente, aumentan la desorganización haciendo que el superyó insista en sus exigencias y renovando el ciclo: Cada herida causada por este superyó que exige siempre más genera más desorganización y, a su vez, hace que éste aumente en sus exigencias. R, según la terapeuta, tiene una historia en este sentido, en la cual siempre siente que tiene que dar más frente a las necesidades de quienes la rodean (padre, madre, novio) aunque nunca resulte suficiente. En el caso de la relación con su madre, a quien R apoyó frente a la muerte de su pareja y padre de ella misma, existía un sentimiento de culpa grande que aumentaba la autoexigencia de la paciente. La terapeuta señala que ésta es otra de las cuestiones que se trabajaron durante el análisis.

Después del análisis, la paciente ha logrado modificar en buena parte esta situación, como puede verse en los cambios que ha hecho en su relación con su madre. Incluso, cuenta la terapeuta, últimamente ha mejorado la relación con su hermana. Por un lado, ha dejado de señalarla por haberse desvinculado de la familia, aceptando sus diferencias en cuanto a la forma de vincularse con la madre. Cuando R comenzó su análisis y en el marco de sus comparaciones con su hermana no dejaba de decir que ésta *hacia agua* como hermana y como hija. Por otro lado, ha aceptado la idea, sugerida por la terapeuta, de que las 2 hermanas son iguales en cuanto a la obligación que tienen para con su madre y que debe ponerle límites

a la hermana sin temor a decirle lo que piensa sobre ciertas situaciones, como cuando ella le dejaba a su hijo a la madre para que se lo cuide mientras estaba enferma. De esta manera la relación entre ambas es ahora mejor y han cambiado los sentimientos de R para con su hermana mayor.

Un trabajo adicional del análisis relacionado con los efectos desorganizantes del traumatismo fue el que se realizó sobre el desarrollo de la angustia como señal. En primer lugar, se trabajó para que la paciente aceptara la posibilidad real de que la psoriasis no desapareciera de su vida y en base a esa aceptación se trabajó para que la paciente pudiera anticipar los momentos en que la misma podría rebotar y hacerse más visible. A partir de que ella pudo identificar los momentos de recrudecimiento de la enfermedad en su historia y su coincidencia con los hechos traumáticos que tuvo que vivir, se la alertó para que estuviera preparada frente a situaciones similares o relacionadas con aquellas. Por ejemplo, en el mes de junio se cumple un aniversario del fallecimiento del padre, y como es lógico que podría estar más angustiada, es importante que esté alerta a cualquier manifestación de una reaparición de la enfermedad para poder actuar rápidamente, ya sea médicamente, o trabajando en la terapia esos sentimientos que son comprensibles y no debe reprimir. Esto se refuerza además con el trabajo enfocado en la posibilidad de conectarse con las emociones de la paciente y en la de expresarlas de manera adecuada, para no sobrecargar su aparato psíquico de una manera que favorezca la somatización. Ambos aspectos del trabajo de análisis, pero más claramente el vinculado con la angustia como señal, son considerados por la terapeuta como una forma de desarrollar recursos en la paciente que la protejan en alguna medida contra los efectos desorganizantes del traumatismo.

5.4 Enfermedad dermatológica y la tramitación del duelo

En el caso analizado en este trabajo se da la coincidencia que los hechos traumáticos relacionados con la somatización de la paciente se corresponden con pérdidas de personas significativas para su vida, por lo que se vinculan también con el proceso de tramitación del duelo. Como ya se ha mencionado, los momentos más críticos de la psoriasis coinciden con

el fallecimiento de su abuelo materno, su abuela paterna y la enfermedad y muerte de su padre.

Puede decirse, siguiendo a Chiozza (2013), que en el caso de R hay una acumulación de duelos que se adeudan y que esa acumulación tiene como consecuencia que cada vez sea más difícil su tramitación. En un lapso de poco más de diez años la paciente sufrió la muerte de tres de sus abuelos y su padre. En el caso de este último la tramitación se vio complicada además por la enfermedad de la madre, enfermedad que al mismo tiempo que pudo movilizar profundos temores en R (su padre había muerto de cáncer) le representaba un gran esfuerzo, físico y psíquico, para cumplir con las obligaciones que ella misma se imponía para con la enferma. No cabe duda de que, como señala este autor, la energía necesaria para oponerse a un dolor que lucha por expresarse, algo que la paciente tenía que hacer para cuidar a su madre, se resta de la que puede destinarse al resto del trabajo que debe realizar el aparato psíquico. De esta manera, la tramitación de un duelo, complicada por hechos traumáticos como la grave enfermedad de la madre, representa una carga de tensiones capaz de superar las posibilidades de tramitación psíquica de todas las tensiones, internas y externas, tanto del duelo como de la carga de responsabilidades y de la amenaza de una nueva dolorosa pérdida. No resultaría extraño pensar que una situación de este tipo tuviera el potencial para provocar un desborde de las capacidades de elaboración psíquica de la paciente produciendo, al menos, un principio de movimiento de desorganización en el aparato psíquico del tipo señalado por Marty (1992).

Por otra parte, siguiendo a Cristóforis (2006) cabe preguntarse por qué la pérdida de personas, en tanto disparador del traumatismo, puede ser afrontada por algunos individuos mientras que otros entran en un proceso de desorganización que contribuye a la aparición de enfermedades somáticas. El autor señala la importancia del factor disposicional y la mencionada noción de series complementarias. La inundación de energía que resulta de un proceso como el que se describe encuentra un aparato psíquico incapaz de controlarla y esto genera un proceso de desorganización que no encuentra límites capaces de contenerlo. Para la terapeuta que atendió a R, es claro que la paciente no pudo encontrar la forma de tramitar normalmente sus duelos y eso, junto con su predisposición, la habría conducido hacia la somatización como única salida posible. En su interpretación, las características de la

paciente y las de los vínculos que tenía con el resto de los miembros de su familia, fueron lo que bloquearon la posibilidad de una tramitación normal, ya que no había lugar para que estos acontecimientos de pérdida fueran asimilados a nivel fantasmático y simbólico. Esto está de acuerdo con lo que Cristóforis (2016) afirma sobre la elaboración del duelo en los pacientes con enfermedades somáticas, que no pueden simbolizar el conflicto que genera la pérdida del objeto amado y enlazarlo a su vida fantasmática más o menos rica.

El trabajo sobre la recuperación de la historia personal y familiar de R durante su análisis contribuye a tramitar las *deudas* de los muchos duelos que ha debido enfrentar desde el inicio de su adolescencia, o incluso antes, si se considera que el desarraigo producido por las mudanzas habituales puede ser una forma de pérdida de objeto que haga necesaria su tramitación por el aparato psíquico.

También puede considerarse que la experiencia que R tuvo durante la convivencia con su novio fue una especie de ejercicio para la tramitación de sus propios duelos. Como se señaló anteriormente, cuando la paciente fue a convivir con su pareja y el padre de éste al poco tiempo de noviazgo, encontró una casa en la que se mantenían intactas las cosas de la madre fallecida, *como si estuviera viva*. En este caso, ella tomó la iniciativa de ayudar a su pareja a ir desprendiéndose de las cosas de la madre y de esta manera hacerse cargo de esa ausencia que había quedado bloqueada por la presencia intacta de todas sus cosas. Si bien en este caso la paciente podía actuar de otra manera porque el duelo en cuestión no era personal, sino que se trataba de otra persona, no puede descartarse que el proceso haya tenido sus efectos en ella, desde el momento en que fue parte del análisis y como tal utilizado por la terapeuta para ayudar a la paciente a comprender y procesar sus propios duelos.

Este movimiento puede relacionarse con las dificultades de simbolización a las que se refiere Ulnik (2008), quien sostiene que ellas son la fuente de la incapacidad para adquirir la noción de ausencia, lo que bloquea la posibilidad de tramitar el duelo, que requiere trabajar con la dialéctica presencia-ausencia, logrando una doble separación, entre la representación del objeto amado y su sostén imaginario y la separación entre la imagen que tiene el sujeto de sí mismo y la que le devuelve el otro. Por otra parte, este autor sostiene que las personas que tienen estas dificultades encuentran una forma de compensación en sobrecargarse de responsabilidades o bien suelen padecer enfermedades que les exigen rutinas obligatorias. En

el caso de R es muy notable que después de cada una de las muertes de sus seres queridos tuvo un nuevo brote de psoriasis y esto le implicó tener que ocuparse de su propio cuerpo, después de haber tenido puesta su atención en los otros. Por su parte, Chiozza (2008) rescata la relación entre la psoriasis y la pérdida de un objeto amado que es vivida inconscientemente como abandono, indicando que una de las fantasías inconscientes propias de esta enfermedad es la de estar en carne viva, que viene a simbolizar el dolor por una pérdida que no se puede tramitar de manera adecuada. En el caso de R después de cada una de las pérdidas importantes que tuvo que sufrir en su vida se dio un recrudecimiento de la psoriasis, lo que podría interpretarse en este sentido como una forma en que la paciente podía expresar a través de su cuerpo lo que no podía poner en representaciones simbólicas o integrar en su vida fantasmática.

En el caso del duelo por la muerte del padre, puede recordarse lo dicho por Chiozza (2013) sobre las complicaciones que tiene la tramitación de un duelo cuando el disfrute de la presencia del objeto amado en vida no ha sido pleno por alguna razón, como por ejemplo la ambivalencia. La terapeuta cuenta que R hablaba de una relación complicada con su padre, con el que discutían mucho, sobre todo de política. Aunque por las limitaciones de la paciente en cuanto a su conexión con los sentimientos no puede decirse que esto le causaba angustia, puede pensarse que era un motivo de preocupación desde el momento en que lo llevó a su terapia. Esto podría haber sido un factor que complicara la tramitación del duelo, que se sumaría a los factores externos, entre los cuales el más importante es sin dudas la enfermedad de la madre. Todo esto llevaría a generar un exceso de carga que la paciente debía canalizar de alguna manera, y la somatización aparece como un modo de hacerlo y lograr una cierta estabilización del aparato psíquico aún con consecuencias físicas. Esto coincide con lo señalado por Green (1972) en cuanto al lugar que ocupa la somatización como modo de descarga a través del cuerpo cuando el aparato psíquico encuentra su límite en cuanto a la capacidad para procesar las cargas energéticas.

Resumiendo la información que pudo obtenerse a partir de las entrevistas con la terapeuta a cargo del análisis de R, puede decirse que la paciente no pudo tramitar debidamente los múltiples duelos que le tocó vivir en su historia personal. Esto se explica en parte por las dificultades que ella tiene para conectarse con sus sentimientos, con una

probable tendencia a la somatización y con las complicaciones que tuvo que vivir en algunos casos, como ocurrió con la muerte de su padre, a la que le siguió la grave enfermedad de la madre. Esto hizo que tuviera que concentrar sus energías en los cuidados que requería la enferma, lo que se relaciona a su vez con su tendencia a asumir responsabilidades frente a las necesidades de los otros aún a costa de los propios deseos y necesidades.

6 Conclusiones

En lo que se refiere a los objetivos planteados en el plan de TFI, los mismos pudieron cumplirse contando con la información de las entrevistas con la profesional a cargo del análisis.

En relación con el primer objetivo se pudo conocer la autodefinición de R como una persona que *siempre hizo lo que tenía que hacer*. Esta definición puede incluirse dentro de la que se ha definido como personalidad sobreadaptada, y que es una característica propia de los pacientes con enfermedades somáticas. Además, su dificultad para historizar su pasado y para vincularse con sus sentimientos se corresponden con la definición de pensamiento operatorio y vida operatoria. La paciente concentró sus esfuerzos en cumplir con sus obligaciones y seguir adelante con sus actividades sin poder vincular sus problemas con la vida fantasmática ni dar un valor libidinal a sus vínculos con la realidad.

En cuanto a la importancia del traumatismo en el origen de las somatizaciones, se pudo verificar que cada uno de los brotes de la psoriasis se dio después de la muerte de un familiar cercano (Abuelo, abuela y padre), los que pueden considerarse como acontecimientos capaces de generar un proceso de desorganización a nivel del aparato psíquico capaz de llevar a la somatización en personas con una predisposición y sin los recursos de defensa necesarios para contener este proceso a nivel del aparato psíquico, evitando su progreso a nivel somático. A partir del análisis se logró mejorar algunos aspectos de este problema, que llevaron a mejorar la relación de la paciente con su madre y su hermana mayor.

Por último, la tramitación de los duelos por las pérdidas de sus seres queridos no pudo ser realizada dentro de los límites y plazos de lo que se considera un duelo no patológico. La respuesta somática a través de los episodios de psoriasis puede considerarse como

compensaciones de la deuda que representan esos duelos y estarían relacionados con las características de personalidad de la paciente en cuanto a su sobreadaptación y dificultades para conectarse con los propios sentimientos.

Para el cumplimiento de los objetivos representó una limitación importante el no poder acceder a la historia clínica de la paciente, así como también lo fue la información limitada provista por la terapeuta, quien no brindó detalles del contenido de las sesiones con R más allá de las frases que fueron incluidas en el desarrollo de este trabajo. La información obtenida correspondió a una síntesis de las características del caso, de la historia de la paciente y a algunas interpretaciones que la profesional entrevistada consideró importantes para explicar que el mismo se correspondía con lo que se considera enfermedad somática. No se pudo registrar información que explicara en detalle la falta de tramitación de los duelos que se mencionan en este trabajo y la relación entre ella y la reaparición de la enfermedad. Tampoco se obtuvieron detalles de características como la carencia de fantasías, aunque por el contrario se sugirió que la elección de carrera de R y la que hizo del tema de su tesis expresarían un deseo inconsciente vinculado con la historia familiar y personal.

En cuanto al aporte personal relacionado con este trabajo, y a pesar de las limitaciones mencionadas, se considera que el análisis del material disponible permite confirmar la presencia de algunas de las características que los autores considerados en el marco teórico incluyen entre las propias de los pacientes vulnerables frente a las enfermedades somáticas, así como la importancia del traumatismo en el origen de estas enfermedades y su relación con las fallas en la tramitación del duelo. La transferencia de los resultados a la práctica clínica se relaciona con la posibilidad de indagar en mayor profundidad en las características personales de los pacientes como la sobreadaptación y el pensamiento operatorio. Aunque las limitaciones mencionadas no permitieron profundizar en este trabajo sobre esta cuestión tan importante para los autores mencionados en el marco teórico, se considera fundamental para la intervención en este tipo de casos. Por otra parte, en lo que se refiere a la tramitación del duelo, parece necesaria una mayor atención a los hechos y palabras que podrían identificarse con la falta de una tramitación normal. En el caso analizado la terapeuta sostiene que R no logró tramitar adecuadamente sus duelos, pero considera que esto se deduce de sus somatizaciones ante cada nueva pérdida, sin exponer elementos surgidos durante el análisis

que avalen esta afirmación. Como preguntas que surgen a partir del trabajo de TFI puede considerarse una que platee la cuestión de determinar la forma en que se puede identificar un duelo patológico, más allá de manifestaciones como la somatización. En este sentido, y en función de lo trabajado, se puede recomendar que haya una mayor atención a la forma en que se tramitan los duelos en los pacientes que tienen enfermedades consideradas somáticas.

Esto mismo puede considerarse, desde una perspectiva crítica, como algo que merece mayor atención al encarar el trabajo analítico con pacientes que tienen enfermedades como la psoriasis, que son consideradas el resultado de somatizaciones. Si se parte de aceptar que esto es un hecho y no se busca en el marco del análisis las formas en que las características de personalidad mencionadas se relacionan con la aparición de la enfermedad o, sobre todo, indicadores de un duelo no tramitado dentro de lo normalmente esperado, se puede llegar a la conclusión de que todos los casos de somatizaciones se corresponden con estas características, aunque no existan elementos en el análisis que permitan asegurar esta relación.

Como líneas para futuras investigaciones sobre esta temática, se plantea la importancia de determinar si en estos pacientes se da la carencia de vida fantasmática y onírica a la que se refiere la Escuela de París o bien existen algunas fantasías típicas de los enfermos de psoriasis como sostiene Chiozza (2013). Para esto, y en función de lo señalado en el párrafo anterior, sería importante que en dichas investigaciones se pudiera distinguir al analizar varios casos distintos de pacientes con enfermedades de este tipo si se da la carencia de fantasías a la que hace referencia Marty (1992) o si, por el contrario, el discurso de los pacientes muestra algunos indicios de fantasías como las que Chiozza (2013) enumera y que serían típicas de aquellas personas que padecen de psoriasis.

7 Referencias bibliográficas

- Aisemberg, E., et al. (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Chiozza, L. (2008). Afectos y afecciones 1: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo. En *Obras completas de Luis Chiozza. Tomo X*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2013). El dolor que vale lo que vale la pena. En *Obras completas de Luis Chiozza. Tomo XX*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Cristóforis, O. D. (2006). *Cuerpo, vínculo, lenguaje: en el campo psicosomático*. Buenos Aires: Lugar.
- Döll, A., & Gálvez, A. (junio de 2013). La piel como camino al pensamiento. *Átopos*, 14. [Online] Disponible en http://atopos.exlibrisediciones.com/pdf_14/24-34_La%20piel%20como%20camino%20al%20pensamiento.pdf
- Freud, S. (2000). Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia. En S. Freud. *Obras Completas. Tomo III* (pp. 85-116). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original de 1894.
- Freud, S. (2000). Los caminos de la formación del síntoma. En S. Freud. *Obras Completas. Tomo XV* (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original de 1916.
- Freud, S. (2000). Duelo y melancolía. En S. Freud. *Obras Completas. Tomo XIV* (235-256). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original de 1917.
- Gerez Ambertín, M. (2005). El incurable luto en psicoanálisis. *Psicología em Revista*, 11(18), 179-187.
- Green, A. (1972). *La Metapsicología revisitada: notas sobre procesos terciarios*. Buenos Aires: Eudeba.
- Marty, P. (1992). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Otero, J. & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas psicoanalíticas*, 16. [Online]. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282>
- Pompa Guajardo, E. G., & Meza Peña, C. (2014). El Lenguaje de la Piel: Psoriasis Desde la Perspectiva Psicoanalítica. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 9(1), 129-141.

- Salgado, M. (2011). Atención psicológica en un hospital: un caso sobre fenómenos psicósomáticos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicósomático. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 11, 193-210.
- Ulnik, J. R. (2000). Revisión crítica de la teoría psicósomática de Pierre Marty. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5. [Online]. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000121>
- Zukerfeld, R. & Zonis, R. (2001, setiembre). *Tercera Tópica, sostén vincular y vulnerabilidad*. 42 Congreso Internacional de Psicoanálisis. IPA. Niza, Francia.