

**PRÁCTICA Y HABILITACIÓN PROFESIONAL V**  
**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**PSICOSOMÁTICA - UN CASO CLÍNICO**

**Autor: EDIT VIVIANA GERBER**



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**  
**BUENOS AIRES**  
**2014**

## Indice

<b>TRABAJO FINAL INTEGRADOR.....</b>	<b>1</b>
<b>  PSICOSOMÁTICA - UN CASO CLÍNICO.....</b>	<b>1</b>
<b>  INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>  DESARROLLO.....</b>	<b>3</b>
<b>  CONCLUSIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>  BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>45</b>
<b>  ANEXO.....</b>	<b>48</b>

## Introducción

Este trabajo se basa en la práctica desarrollada en una Asociación de psicoterapia , especializada en las patologías psicosomáticas. Esta institución se dedica a la asistencia psicológica de pacientes y también a la docencia y capacitación de profesionales . Se asistió al Curso Introductorio de 12 clases, y a Seminarios dictados por profesionales especializados en temas relacionados con la psicosomática. También se observaron las entrevistas de admisión de los pacientes derivados por los médicos en el Departamento de Dermatología de un Hospital Gral. de Agudos . Se observó y participó en las supervisiones de los equipos de psicodermatología y psicocardiología. Las supervisiones consistieron en reuniones grupales coordinadas por un psicólogo

experimentado en las cuales se analizó y evaluó tanto el proceso seguido por los pacientes en las psicoterapias, como las estrategias e intervenciones de los psicólogos a cargo.

Se presenta el caso de un paciente con una patología psicosomática con el objetivo de analizar, en el proceso de psicoterapia, la estrategia de las intervenciones y el momento de cambio. Debido a la gravedad de la dolencia fue atendido excepcionalmente durante casi dos años en el Hospital aunque habitualmente la psicoterapia psicoanalítica tiene 8 meses de duración en esa institución. Su calidad de vida estaba muy deteriorada, desde su autoestima y su vida de relación hasta las funciones orgánicas y psíquicas básicas como el sueño y la memoria se encontraban muy afectadas. Pasaba el tiempo acostado, en la posición que menos le dolían las lesiones de la piel, no estudiaba ni trabajaba, no recordaba casi nada entre sus 15 y sus 18 años. Se eligió este caso, por haber seguido a través de las reuniones de supervisión de la psicoterapia del paciente un proceso de cambio psíquico significativo con una mejoría simultánea en las manifestaciones dermatológicas. Se estima que la estrategia terapéutica y la actitud puesta en la calidad de la relación transferencial favorecieron el cambio psíquico.

## **Desarrollo**

### **1. Objetivos**

#### 1.1 O. general:

Analizar el proceso de la psicoterapia de un paciente con dermatitis crónica y aguda

#### 1.2 O. específicos:

1. describir la estrategia de las intervenciones en las primeras etapas del tratamiento
2. describir un momento de cambio en el proceso de la psicoterapia
3. describir los efectos de las intervenciones e interpretaciones en el momento de cambio subjetivo
4. analizar la evolución del tratamiento luego de las intervenciones e interpretaciones en el momento del cambio

## **2. Metodología**

### **2.1 Participante**

El caso que se presenta es el de L (L.), un varón que tenía 21 años al comienzo del tratamiento. L. tenía 15 años cuando al aparecer las primeras lesiones en la piel empezó a ser atendido en el Servicio de Dermatología del Hospital donde diagnosticaron una dermatitis atópica . En esa oportunidad fue derivado para hacer psicoterapia pero sólo asistió a algunas sesiones. A los 21 años, en un episodio agudo de la dermatitis que ya era crónica, fue derivado nuevamente y comenzó el tratamiento.

Vivía con los padres y una hermana menor. El padre y la madre vivían en la misma casa aunque estuvieran separados. Los recursos económicos eran escasos, el padre hacía changas, la madre vendía cosméticos y la hermana trabajaba . L. no estudiaba ni trabajaba. Había llegado a 5° año del colegio secundario pero no recordaba nada de esos años. Pasaba la mayor parte del tiempo acostado porque era la posición en la que menos le dolían las lesiones de la piel. Se lo veía decaído y con dificultades para hablar porque tosía, carraspeaba y las costras y sequedad de la piel del rostro le restaban movilidad pero el discurso era interesante y evidenciaba un pensamiento normal.

Al comenzar el tratamiento y durante 18 meses, se presentó desaliñado, con la ropa avejentada. Las lesiones en la piel cubrían casi todo el cuerpo, eran evidentes a primera vista y emanaban un olor desagradable. El rostro presentaba costras y la piel estaba tan seca que había perdido flexibilidad, lo

que casi impedía la gesticulación. Tenía ojeras, no miraba a los ojos al hablar y hacía ruidos desagradables y tosía. El estado de las lesiones le dificultaba la locomoción y toda posición en la que no estuviera extendido. Debido a la picazón, la transpiración y la supuración dormía con interrupciones.

El curso y el contenido del pensamiento eran normales. El discurso era interesante y el vocabulario variado. No recordaba nada de su vida entre los 15 y los 18 años.

Cuando tenía 15 años se separaron los padres. L. se sintió abandonado. Las lesiones en la piel comenzaron en esa época.

Durante las primeras entrevistas, al preguntársele “¿qué te gustaría en este momento de tu vida”, respondía: “quiero dormir, quiero caminar, no quiero que me duela”. Más adelante en el análisis L. diría, sobre él mismo, “Soy una persona dentro de un cuerpo muerto”.

## 2.2 Instrumentos

Observación y registro de las reuniones de supervisión.

Las reuniones son grupales, coordinadas por un psicólogo supervisor experimentado.

## 2.3 Procedimientos y Administración

Observación y registro de las reuniones de supervisión: la frecuencia es semanal, la duración de cada reunión es de 1,30 hs. y se asistió durante 4 meses a las mismas.

## 3. Marco Teórico

La Psicósomática: definición

La psicósomática, definida por Marty (1990), uno de sus principales teóricos, es la disciplina que aborda los movimientos que ocurren en la psiquis, en el soma<sup>1</sup> y sus relaciones, cuando la unidad entre ambos se perdió y se manifiesta como patología orgánica.

### 3.1 El enfoque médico: La Dermatitis

En el Servicio de Dermatología del Hospital Alvarez, diagnosticaron que Leandro padecía una dermatitis atópica.

En los pacientes que tienen un diagnóstico médico de enfermedad dermatológica psicósomática como dermatitis, eczemas, vitiligo, psoriasis, alopecia, etcétera, la piel no cumple las funciones de barrera, ni protección, corren riesgos de infección y suelen estar inmunológicamente deprimidos. Se caracterizan, en su manifestación orgánica, por presentar lesiones de distinto tipo en la piel y faneras (alteración en la textura, inflamación, excoiaciones, vesículas, pústulas, úlceras, pérdida de la pigmentación, pérdida del cabello, pelo y vellos, etc.), en diversas localizaciones y tanto el curso como la evolución de la enfermedad suelen ser impredecibles. El agravamiento de la afección orgánica se relaciona con experiencias estresantes para los pacientes, tienden a hacerse crónicas y son muy resistentes a los tratamientos (sistémicos y locales) que suelen ser prolongados (Consenso Nacional de Dermatitis Atópica, 2004).

#### 3.1.1 Dermatitis atópica

El servicio de la Biblioteca de Medicina de los Estados Unidos, Medline Plus, (2012) define la dermatitis atópica como “un trastorno cutáneo prolongado (crónico) que consiste en erupciones pruriginosas y descamativas”. Su etiopatogénesis, es considerada multifactorial, no se reconoce un único origen. Entre los factores que predisponen a padecerla, se destacan la

<sup>1</sup> Cuerpo refiere al cuerpo libidinal, libido erótica, l. agresiva, l. narcisista, y el soma alude a la organización biológica (Green,2 005)

susceptibilidad genética, los inmunológicos y los desencadenantes medioambientales. Básicamente consiste en una reacción de hipersensibilidad en la piel que inicialmente produce inflamación cutánea y enrojecimiento e hinchazón. Entre los desencadenantes ante los que suele empeorar, además de los medioambientales y los resfríos o gripe, se destacan los emocionales y el estrés.

El síntoma característico es el prurito o picazón, por eso a menudo se la denomina “picazón que produce salpullido”. El rascado para aliviar la picazón reactiva al eccema. Esta secuencia suele suceder principalmente de noche, produciendo un alto índice de despertares breves.

Los cambios típicos en la piel pueden abarcar:

- [Ampollas](#) que supuran y forman costras
- Piel seca en todo el cuerpo o áreas de piel con protuberancias en la parte de atrás de los brazos y al frente de los muslos
- [Secreción o sangrado del oído](#)
- Áreas de piel en carne viva por el rascado
- Cambios en el color de la piel: más o menos color con respecto al tono normal de ésta
- [Enrojecimiento o inflamación de la piel](#) alrededor de las ampollas
- Áreas gruesas o con apariencia de cuero, llamadas liquenización, lo cual puede ocurrir después de rascado o irritación prolongados

El lugar donde aparece depende de la edad del paciente:

- En niños mayores y adultos, la erupción se observa con mayor frecuencia en el interior de las rodillas y los codos, al igual que en el cuello, las manos y los pies.
- Durante un brote intenso, las erupciones pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo.

Los medicamentos que suelen emplearse son los locales y los sistémicos.

En cuanto a los cuidados generales, la prevención y la educación fueron evaluados como muy eficaces: la humectación, los talleres de educación y la psicoterapia.

## 3.2 Psicósomática y Psicoanálisis

### 3.2.1 Antecedentes

El concepto *psicósomático* y las primeras teorizaciones relacionados con este campo provienen de autores científicos alemanes de la primera mitad del siglo XIX. Inspirado en la Naturphilosophie, uno de los fundadores de la psiquiatría, Christian August Heinroth crea el término “psicósomático”.

Los primeros psicoanalistas, que en general fueron médicos, como Ferenczi y Groddeck comenzaron a conceptualizar sobre la sintomatología psicósomática. La sistematización teórica recién comenzó en las décadas del '50 y del '60 del siglo XX, en los Estados Unidos y en Francia y se basó en la distinción que Freud hizo en 1985 entre las neurosis de defensa y las neurosis actuales.

En esta diferenciación establece que las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) y las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría) tienen en común una acumulación de excitación y una insuficiencia psíquica para procesarla que provoca el desvío de la excitación hacia lo somático “...la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)” (Freud, 1895).

Los procesos necesarios para la formación de síntomas en las neurosis de defensa como la mediación simbólica de la represión, y los de defensa, como la condensación y el desplazamiento, no operan en las neurosis actuales. Otero y Rodado (2004) observan que la diferenciación de estos dos grandes tipos de neurosis, con etiología y patogénesis diferentes derivó en los dos grandes planteamientos de mediados del S XX para la comprensión de los procesos psicósomáticos.

Los dos enfoques parten de modelos que ofrecen matices, el freudiano y el kleiniano, a la hora de concebir la estructuración del aparato psíquico.

El enfoque sostenido por autores cercanos al pensamiento de Melanie Klein sigue el modelo de la histeria para toda somatización (funcional o lesiones). El bebé kleiniano se desarrolla antes que el bebé freudiano; las relaciones objetales están trazadas desde su nacimiento, lo simbólico existe desde el principio y la enfermedad psicosomática también es comprendida como un modo de relación simbólica con un objeto. Los síntomas somáticos tendrían una significación inconsciente que se expresa simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. El bebé kleiniano se desarrolla antes que el bebé freudiano; las relaciones objetales están trazadas desde su nacimiento, lo simbólico existe desde el principio y la enfermedad psicosomática también es comprendida como un modo de relación simbólica con un objeto. Autores que representan este enfoque como Sami-Ali, Avila o Biancoli reivindican el trabajo de clásicos como Groddeck que propuso redescubrir el significado simbólico de los problemas somáticos. Representante de este pensamiento en el ámbito local es Chiozza (1976, 1998) quien afirma que la descarga somática, sigue en la elección del órgano mediante el cual se expresa el trastorno, los mismos principios que cualquier representación.

El segundo enfoque, con raíces en común en la Spaltung (escisión, disociación) freudiana, está representado por la Escuela de Chicago en EE UU y por la de París en Francia. El paciente psicosomático es para este enfoque freudiano, narcisístico en su origen, se escinden cuerpo y mente dando lugar a una falla psicosomática, algo que se quedó sin construir, sin mentalizar, asimbólico. Diferencian los procesos conversivos de los psicosomáticos, ambas escuelas coinciden al afirmar que en la patología psicosomática el contenido simbólico estaría ausente

### *3.2.1.1 Escuela de Chicago*

Un grupo de psicoanalistas norteamericanos liderados por Franz Alexander forma la escuela de Chicago en 1930. Algunos de ellos son Dunbar, Deutsch, Weiss, English, Cobb y Grinker. Realizaron las primeras investigaciones sistemáticas en el campo de la psicosomática. Hicieron una transposición del fenómeno de la conversión al de la patología de los órganos (“neurosis de

órgano”), ubicando en el sistema visceral neurovegetativo la manifestación de las enfermedades psicosomáticas. Propusieron que cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, lo hacen a través del canal somático generando enfermedades psicosomáticas que equipararon con una serie de perfiles de personalidad y conflictos psicológicos. Propusieron siete enfermedades psicosomáticas clásicas: hipertensión arterial, úlcera péptica, neurodermatitis, colitis ulcerosa, tirotoxicosis, artritis reumatoide y asma bronquial.

A partir de las observaciones clínicas y las experiencias empíricas con pacientes psicosomáticos generaron el constructo alexitimia<sup>2</sup>. Este constructo resultó un valioso aporte a la clínica, su aplicación excede al campo psicosomático.

### 3.2.1.2 *Escuela psicosomática de París*

Desde 1947 algunos psicoanalistas de París publican artículos relacionados con la psicosomática y en 1960 Michel M'Uzan y Pierre Marty publican en Francia la “Revue de Medicine Psychosomatique”.

La escuela de París, contó con P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan y C. David como principales representantes. Como ya se mencionó, esta escuela separó el fenómeno conversivo del psicosomático, lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicosomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. No encuentran un sentido simbólico en los síntomas psicosomáticos, para expresarlo, M'Uzan llegó a decir que el síntoma psicosomático era tonto.

Observaron en los pacientes con afecciones psicosomáticas un conjunto de características comunes que conforman una estructura de personalidad psicosomática.

Marty (1995) describió la personalidad psicosomática con las siguientes características:

1. Apariencia de normalidad psíquica. Tienen una hiperadaptación social .

---

<sup>2</sup> Alexitimia: se caracteriza por la dificultad para identificar y describir sentimientos, para distinguir sentimientos de sensaciones corporales, falta de habilidad imaginativa y déficit cognitivo para procesar afectos (Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976)

2. Pensamiento operatorio. Es un pensamiento consciente, desprovisto de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos, a la materialidad de los acontecimientos.

3. Relaciones objetales carentes de afecto. Incapacidad proyectiva y fantasmática que afecta a las relaciones interpersonales. No contacta con sus propios sentimientos, no los expresan. Los intercambios con los demás están deslibidinizados.

4. Incapacidad de soñar. No se despliega el material onírico o bien los sueños son de tipo operatorio. Son sueños en los que no se liberan fantasías inconscientes ni se neutralizan experiencias traumáticas.

5. Ausencia o limitación y superficialidad de las representaciones; falta de simbolización del discurso.

6. Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas.

P. Marty es el principal teórico de la Escuela de París, describe una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales en la que privilegia a las funciones mentales. Para él las enfermedades somáticas manifiestan una desorganización en la jerarquía funcional de los sistemas psíquicos aunque sin síntomas en el plano mental.

Su hipótesis es la de una construcción incompleta del aparato psíquico en los enfermos somáticos. En el proceso de mentalización (ver A.2.3.4), si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica (Marty, 1995).

Destaca que cuanto menos rico sea el preconscious<sup>3</sup> de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tendrá la patología de situarse en un plano somático .

Desarrolló también el concepto de *depresión esencial* que define como depresión sin objeto, sin autoacusación, falta la dinámica psíquica, la herida narcisista se orienta hacia lo somático (Marty, 1995).

---

<sup>3</sup> El preconscious como la instancia fundamental que protege de excitaciones y estímulos tanto del sujeto como del exterior (Marty, 1995)

### 3.2.1.3 La tradición inglesa, Winnicott y la integración psiquesoma.

Autores como Winnicott, Balint y Bion hicieron aportes que ejercieron gran influencia en los desarrollos posteriores (en los de Mc Dougall y Green, por ejemplo).

Bion (1959) estudió el desarrollo del pensamiento del bebé y sus trastornos así como el movimiento de “integración-desintegración” que ocurre durante el aprendizaje por la experiencia. Destacó la importancia de la capacidad de la madre de “contener” la angustia y los terrores del niño, dándoles a éstos un significado, haciéndolos pensables, es decir simbolizables por la mente del niño. Bion (1959) llamó *reverie* –ensueño- a esta función continente, que posibilita un proceso en dos tiempos: la madre se identifica con lo que el niño experimenta y se lo devuelve transformado en algo que al tener ahora un significado lo saca del estado que llamó “terror sin nombre” (Bion, 1962).

Donald Winnicott (1964), afirma que en el trastorno psicosomático la enfermedad no consiste en la manifestación clínica (colitis, asma, eczema crónico) sino en la escisión yóica o en las múltiples disociaciones que ocurren en el paciente. Este médico pediatra y psicoanalista destaca que el origen del self tiene como condición necesaria la integración psiquesoma y ubica la etiología de las afecciones psicosomáticas en torno a esa integración.

El cuadro clínico es entonces, una organización defensiva que fortalecería el nexo entre psique y soma frente a experiencias de despersonalización favorecidas por escisiones básicas como mente-psiquesoma y falso-verdadero self (Winnicott, 1964). Observa que las fallas se deben a una inadecuación del medio durante el período de integración. Esta inadecuación con la consecuente intrusión del medio que dificulta el desarrollo precozmente, promueve una interrupción en la continuidad del ser y la aparición de una angustia impensable que lleva a un desarrollo patológico. Se produce la introyección del medio ambiente y la aparición de un falso self patológico (Winnicott, 1960) asociado a una hipertrofia de la mente (que en tal caso, tiene

una función falsa y una vida propia, dominando al psiquesoma, en lugar de ser una función del mismo)

#### 3.2.1.4 *Lacan, el Fenómeno Psicossomático*

Representantes de este enfoque, en Francia, son Piera Aulanguier y André Green. Aunque Green se formó inicialmente en algunos seminarios de Lacan al relacionarse con Winnicott y Bion integró también conceptos desarrollados por ellos .

En el marco de su modelo teórico, que asemeja la organización del el psiquismo inconsciente al lenguaje verbal, Lacan (1964) denomina a la enfermedad psicossomática Fenómeno Psicossomático (F.P.S.) y lo vincula con una cadena significativa holofraseada. Cadena en la que no hay hiancia donde pueda ponerse en juego la falta; propone que la metáfora paterna funcionó fallidamente y el advenimiento del sujeto es puesto en cuestión.

#### 3.2.2 *Del siglo XX al XXI, nuevos aportes a la comprensión de las manifestaciones psicossomáticas.*

Hacia fines del siglo XX y comienzos del XXI algunos conceptos, como el de personalidad psicossomática, son refutados y otros ofrecen precisiones que especifican más aún el marco teórico y el ejercicio de la clínica.

H. Horacio García(2000) observa que datos provenientes tanto de la clínica como de estudios clínicos no concuerdan con la formulación de Marty sobre la conformación de una personalidad psicossomática. En Alemania, Thomä y Kächele (1990) desarrollan los estudios clínicos mediante los que concluyen que no habría una personalidad psicossomática sino una constelación heterogénea de conflictos. No encuentran la alexitimia como rasgo constante y excluyente de una personalidad psicossomática y sí la observan en otros grupos clínicos y también en personas sanas. Tampoco encontraron coincidencias excluyentes con respecto a las características que determinó Marty, en cuanto al pensamiento operatorio, a la particular ausencia de fantasía

y al apego a la realidad concreta. Otros autores que discrepan en algunos aspectos con las teorizaciones de Marty y realizan aportes propios, son Joyce McDougall y André Green .

### 3.2.2.1 André Green

André Green, cercano inicialmente al pensamiento de Lacan, integra al conocerlos, las teorizaciones de Winnicott y Bion relacionadas con el desarrollo del psiquismo temprano y del pensamiento. El primer aporte teórico de Green (1977) es el concepto de *límite* , definido como zona de transformaciones: entre instancias psíquicas, entre psique y soma, entre el sujeto y el objeto. Green propone el funcionamiento del límite en base a cuatro mecanismos, uno de los cuales es la somatización, <sup>4</sup> (Uribarri, 2010). Además de estos aportes teóricos para la comprensión de las psicósomas también elaboró los conceptos de *narcisismo negativo o de muerte y el del complejo de madre muerta*.

Green (1980) considera que el narcisismo negativo consiste en verdaderos agujeros psíquicos que quedan como marcas en el inconsciente que afecta la estructura del narcisismo primario (por la destructividad de la pulsión de muerte) . Uribarri (2011) destaca que estas teorizaciones sobre el narcisismo negativo orientan la clínica en relación con *la alucinación negativa, el duelo blanco y el sentimiento de vacío* .

El complejo de madre muerta, desarrollado por Green (1980) alude a las vivencias del hijo cuando su madre se encuentra en un proceso de duelo grave. El narcisismo del niño puede sufrir un trauma con dos componentes: la pérdida de amor de la madre y la pérdida del sentido. Green observa que el niño, como defensa retira la investidura al lazo afectivo con ella y se identifica a nivel inconsciente con la madre muerta. Otra defensa se dirige a dar un sentido a lo vivido como sinsentido. El niño pueden atribuirse el ser causante del estado de la madre, o buscar un culpable en el padre, lo que precipitaría un complejo de Edipo precoz (San Miguel, Ma. Teresa, Lartigue, Teresa, 2006)

---

<sup>4</sup> Los otros mecanismos son el clivaje, la desinvestidura y la expulsión a través del acto

### 3.2.2.2 Joyce Mc Dougall.

Para Mc Dougall (2000) el síntoma psicossomático es significativo, y tiene, en cada caso, un significado simbólico inconsciente en particular.

Mc Dougall (1991), no observa en todos sus pacientes una falta de capacidad psíquica como propone Marty ; y, en coincidencia con Winnicott (1964), afirma que los procesos psicossomáticos cumplen ante todo una función defensiva.

Desarrolló los conceptos de *normópata*, *histeria arcaica*, *anti-analizando* y la metáfora una mente para dos. El primero coincide con el de falso self de Winnicott (1963, 1964) y observó que protege al verdadero self que de otro modo quizás no hubiera sobrevivido por el tipo de pulsiones y angustias puestas en juego en estos procesos (Mc Dougall, 1991).

Distingue los síntomas psicossomáticos de los de la histeria como una *forma arcaica o primitiva de histeria*. Mediante el concepto de histeria arcaica señala que en estas problemáticas el conflicto está centrado en el derecho a ser y existir, más que en la temática pulsional sexual. Las angustias no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.

La relación intensamente estrecha entre el niño y la madre, enunciada por McDougall como una mente para dos, contribuiría a la dificultad para crear el objeto transicional.

Con relación a la situación analítica, describe lo que llamó el anti-analizando, un tipo de paciente que no expresa emoción transferencial, los recuerdos son estereotipados, no se separa de la realidad, el lenguaje carece de matices, no emplean metáforas, la imaginación es pobre, los vínculos afectivos son chatos salvo la queja. Este perfil se presenta con frecuencia en pacientes con manifestaciones psicossomáticas. (Mc Dougall, 1982)

### 3.2.2.3 Aportes recientes en la Argentina.

En nuestro país hay desarrollos clínicos y teóricos entre los que se destacan las puntualizaciones acerca del paciente sobreadaptado que somatiza realizadas por Liberman (1982), y el modelo de Zukerfeld y Zonis

Zukerfeld (1999, 2000, 2001, 2003), basado en los conceptos de vulnerabilidad y de la tercera tópica; así como las teorizaciones de Marucco ( 1996, 2005 ) sobre la desmentida, y el duelo en relación con las somatosis y las actualizaciones teóricas que produce Aisemberg (1988, 2005) entre las que se tomarán las que puntualiza sobre las alteraciones en la construcción de la imagen corporal que facilita los fenómenos somáticos.

Liberman distingue, en el paciente psicossomático, un self ambiental sobreadaptado y un self corporal sojuzgado (1982). El primero, cumpliendo con las exigencias del ambiente, predomina y somete al segundo.

Clínicamente, Liberman y col. (1982) describen tres categorías de enfermos psicossomáticos (aunque destacan que esta división no es demasiado específica):

a) pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias respecto al éxito y la responsabilidad, que “hacen de tripas corazón”. Suelen padecer enfermedades cardiovasculares.

b) pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad. Aparece allí la patología digestiva: colon irritable, colitis ulcerosa o patología respiratoria como el asma. Son meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos.

c) pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, autoinmunes, musculares, óseos, anorexia nerviosa, etc. Enfermedades graves pero poco notorias inicialmente. Se los puede describir como con una piel paquidérmica y un interior congelado, sin lugar para la gratificación. Este autor considera que este último tipo de pacientes es el que más concuerda con la descripción de la personalidad psicossomática.

Desde el campo lacaniano, Szapiro, Calefato, Cantagalli y Reyes hacen una presentación en las Jornadas de Investigación en Psicología de la Universidad. de Bs.As. (2003) en la que afirman que en los sujetos que padecen fenómenos psicossomáticos el anudamiento de la estructura del sujeto es severamente fallido. Proponen que el fenómeno psicossomático podría

pensarse en términos de escritura del nudo <sup>5</sup> como un anudamiento diferente de los tres registros, el imaginario, el real y el simbólico.

Szapiro y otros(2003) proponen modificar el anudamiento mediante la operación de nominación que en principio es pensada como simbólica y luego también como imaginaria y real. Afirman que en su experiencia clínica constataron que en un momento de la cura, correlativo a la remisión del FPS, la cadena significativa holofraseada se descongela y posibilita el advenimiento del sujeto del inconsciente. Observaron que lo que se manifiesta es una apertura del inconsciente, una dialectización del discurso y cambios en la regulación del goce del sujeto en transferencia.

Zukerfeld propone el enfoque de las psicósomáticas dentro del modelo de la *tercera tópica* que conceptualiza al *inconsciente escindido* (ver A.2.3.1) explica y lo considera un mecanismo universal constitutivo del psiquismo (2001). Este inconsciente escindido, compuesto por lo que no tuvo representación, consiste en huellas producidas por experiencias traumáticas. El modo de funcionamiento de este inconsciente escindido, es la activación y coexiste con el del inconsciente de la segunda tópica, el de lo reprimido, cuyo funcionamiento es la evocación.

Zukerfeld (2003) propone reemplazar el concepto de enfermedad psicósomática por el de vulnerabilidad somática mediante un modelo categorial y dimensional. Según las manifestaciones sintomáticas (médicas) agrupa a los sujetos en cuatro tipos:

- (VS) sujetos vulnerables-sintomáticos <sup>6</sup>
- (VA) sujetos vulnerables-asintomáticos
- (NVS) sujetos no vulnerables-sintomáticos, y
- (NVA) sujetos no vulnerables-asintomáticos

El aspecto dimensional propone la sustitución de las categorías sano-enfermo por una continuidad entre diversos grados de vulnerabilidad que pueden aumentar, disminuir o transformarse en su condición opuesta: la

---

<sup>5</sup> Lacan (1972-76) plantea la estructura del sujeto como la de un Nudo Borromeo, un cuerpo topológico, compuesto por tres toros unidos de forma que si se desanuda uno se desanudan los demás; el Nombre del Padre es el anudamiento

<sup>6</sup> VS, sujeto que padece una enfermedad médica y funcionamiento psíquico con predominio y cristalización del inconsciente escindido

resiliencia. El gradiente que va de una a otra se define en tres ejes: funcionamiento mental, recursos del yo <sup>7</sup>y vínculos intersubjetivos.

La vulnerabilidad somática se entiende como el resultado de la *crystalización* de un modo de funcionamiento psíquico universal, propio del inconsciente escindido, es decir de lo que no ha alcanzado representación alguna, y solo consiste de huellas activables pero no evocables (Zukerfeld, 2002).

Marucco (2005) describe lo que sucede en el psiquismo durante el duelo patológico como una “incrustación” del objeto psíquico que destruye al yo identificado a ese objeto. Cuando este objeto es identificado con el cuerpo, se produce la enfermedad somática grave a la que llama *melancolía corporal*.

En relación con la desmentida, que al no reconocer la pérdida impide la elaboración, Marucco (1996) propone que aunque la pérdida del objeto sea desmentida, puede retornar de lo desmentido mediante el síntoma corporal. Y ya que considera la desmentida como un proceso estructural del psiquismo, afirma que algo de aquello que no pasó a la represión sino que fue desmentido siempre se manifestará en el cuerpo.

Aisemberg (2005) destaca que en los pacientes con manifestaciones somáticas observa la coexistencia de un funcionamiento neurótico y uno no-neurótico o narcisista. Encuentra una relación entre los fenómenos somáticos y las perturbaciones en la construcción de la imagen corporal (1980). Los primeros encuentros del niño con la madre, palabras y caricias que se inscriben como huellas mnémicas y que fundan la sexualidad y el placer son los que aportarán a la construcción de la imagen corporal. Un segundo momento se da alrededor del narcisismo secundario que organiza la identificación reuniendo las pulsiones parciales en una imagen unitaria. Aisemberg (1988) destaca que la investidura que se constituye cuando el niño no sólo es amado y deseado primero por la madre y luego por el padre sino que también “lo reconocen a dicho infans como un proyecto de sujeto diferenciado y con su sexo biológico” es la que organiza al sujeto y conformará su imagen corporal.

---

<sup>7</sup> Definen cómo un sujeto evalúa y responde a los sucesos vitales. Defensas y afrontamiento.

### 3.2.3 Algunos procesos claves. Escisión - Trauma – Duelo – Mentalización – Angustia de Fragmentación – Patologías por déficit.

#### 3.2.3.1 Escisión.

Green (2005) considera que inicialmente la escisión es una actividad fundamental del psiquismo que permite la diferenciación. Un proceso constituye los pares que forman las bases del psiquismo, como bueno-malo, adentro-afuera. Esta posibilidad de escindir el universo en dos es el primer acto psíquico por el cual éste puede ser significado. Además de estas formas de escisión, fundadoras del psiquismo, hay otras como la escisión psique/soma ---que es una experiencia normal- y puede tomar una modalidad patológica.

Zukerfeld propone conceptualizar la tercera tópica que postula la heterogeneidad del inconsciente en el que coexisten dos modos de funcionamiento a partir de una escisión estructural que es constitutiva del psiquismo(2001). Este inconsciente escindido compuesto por lo que no tuvo representación, consiste en huellas producidas por experiencias traumáticas. El modo de funcionamiento de este inconsciente escindido, es la activación y coexiste con el del inconsciente de la segunda tópica, el de lo reprimido, cuyo funcionamiento es la evocación.

Aisemberg (2005) ubica el antecedente de este modelo en los escritos de Freud (1938) relacionados con la desmentida, ligada a la escisión del yo, al enfrentar la diferencia de los sexos, y considera, como Marucco (1998) una tercera tópica que incluye un inconsciente escindido donde conviven clivados un funcionamiento neurótico y otro no-neurótico o narcisista

#### 3.2.3.2 Trauma.

En relación con el concepto de *trauma* en las etapas tempranas del desarrollo, Tkach (2012) resume que ya en los textos de Freud hay conceptos

que relacionados no sólo con las neurosis, experiencias traumáticas promovidas por las vivencias infantiles de índole sexual y agresiva, sino también con los daños tempranos del yo a los que refiere como mortificaciones narcisistas.

Winnicott vincula el trauma con la dependencia del bebé en relación al ambiente o a la familia y propone que implica un 'derrumbe' en la confiabilidad de los mismos que se manifiesta en una falla o falta relativa, en la instauración de la organización yoica que produce fracturas de la continuidad personal del bebé (Tkach, 2012).

Destaca Tkach (2012) en su estudio sobre el trauma, el aporte de Winnicott al especificar el tipo de angustia a que dan lugar los sucesos traumáticos en la etapa del desarrollo temprano: una angustia impensable o el máximo dolor, angustia primitiva o arcaica, ese espanto o el dejar caer que incluye: caída perpetua-desintegración-escisión somática—despersonalización-desorientación.

Bleichmar (2002) precisa respecto del concepto de trauma, que suele entenderse como algo que ocurrió en un momento determinado y tiene desde su origen el carácter traumático, entonces, el episodio posterior sólo reactivaría lo ya consolidado y no elaborado [...] propone considerar que la situación desencadenante se puede entender, como lo expone Bleichmar, S. (1993), como una *fijación del traumatismo* por la fractura de las defensas habituales que permiten la fijación por encadenamientos representacionales sobreinvertidos. Así, lo traumático puede ser algo que quedó "a la espera", como potencialidad traumática, y que en contacto con otro acontecimiento, se produce algo que no estuvo antes.

### 3.2.3.3 *Duelo.*

Freud sostiene, en *Duelo y Melancolía* (1917) que la diferencia entre duelo normal y patológico es que en el último el objeto fue elegido según la modalidad narcisista (Bleichmar, 1997), entonces el que se pierde es un objeto

unido al narcisismo del sujeto, sostenedor de su autoestima. Agrega Bleichmar (1997) que entonces la pérdida del objeto es vivida como una pérdida del yo (a cuya valoración aportaba) y destaca que esta función narcisizante es la que cumplen cada uno de los dos integrantes de la dupla madre fálica e hijo fálico (Lacan, 1966) del 1° tiempo del Edipo de Lacan, de los que se constituyen en recíproca dependencia narcisista.

Aisemberg (1994) encuentra en la clínica que los pacientes con somatosis severas suelen tener duelos no procesados, de ellos mismos o de sus objetos de identificación y se refiere a estos procesos como una peculiar patología del duelo. Observa una estructura narcisista deficitaria por fallas en el modelo intersubjetivo de construcción por el otro y lo que refiere es un “agujero en la malla narcisista”, una identificación con la madre deprimida (madre muerta de Green) y además una patología del Ideal del yo (Aisemberg, 1994, 1999).

Marucco (2005) describe este tipo de duelo patológico como una incrustación del objeto psíquico que va destruyendo al yo -identificado con el objeto-; y que en caso de que el objeto sea identificado en el cuerpo puede manifestarse como una enfermedad somática grave a la que este autor asimila a una melancolía corporal. También analiza el efecto del mecanismo de la desmentida (Mannoni, 1969) en el proceso del duelo y señala que como implica un no reconocimiento de la pérdida, impediría la elaboración. Dada la escisión del yo, es posible que al mismo tiempo otra parte reconozca la pérdida como en un duelo normal.

Si el acento está puesto en la desmentida, empiezan a producirse mecanismos como la idealización, y su contrapartida, la persecución del objeto, etc. Pero ese objeto cuya pérdida es desmentida podrá retornar de lo desmentido a través del síntoma corporal. Marucco (1996) considera la desmentida como un proceso estructural en la conformación del aparato psíquico entonces, algo de lo que no pasó a la represión sino que fue desmentido, siempre se estará expresado en el cuerpo.

#### *3.2.3.4 Mentalización.*

Este concepto refiere a la manera como las excitaciones básicas somáticas, motrices o intersubjetivas “sufren una transformación cualitativa que las transforma en contenidos mentales dentro de una matriz humana intersubjetiva y personal” (Lecours & Bouchard, 1977). Es probable que para transformar los afectos que se experimentan somáticamente en representaciones de afectos participen ciertas funciones yóicas específicas. Por lo tanto, en las patologías por déficit es esencial el proceso de mentalización.

La relación entre las angustias tempranas y el desarrollo del pensamiento fue inicialmente estudiada por Bion, que señala la importancia de la función continente de la madre. Esta consiste en que pueda patizar con las angustias y terrores del niño y transformarlos al darles un significado de modo que sean pensables, simbolizables para la mente del niño (1959). Llamó a esta función *reverie* –ensueño-, y es la que saca al niño del terror sin nombre (1962)

Killingmo (1989, 2005) considera que el concepto de ligadura (Bindung) de Freud (1911) no es suficiente para explicar cómo los afectos experimentados somáticamente se ligan a representaciones; por un lado porque refiere a energía y no a afectos y sobretodo, porque supone inicialmente elementos separados. Killingmo señala que, en lugar de suponer una separación inicial entre las representaciones somáticas y las mentales, ambas constituyen desde el principio una unidad global y que esa unidad se diferencia gradualmente. Es el proceso de organización el que permite “...la emergencia de contenidos mentales y estructuras de niveles de complejidad creciente, que llevan a la simbolización y a la abstracción” (Lecours y Bouchard, 1997). Esto coincide con un principio general del desarrollo que sostiene que los niveles crecientes de funcionamiento del yo implican cambios cualitativos tanto en el plano funcional como a nivel de la experiencia.

Si la capacidad de mentalización es deficiente, el individuo no puede:

- representar en símbolos y palabras los estados emocionales de forma significativa
- experimentar los afectos como propios

- relacionarse consigo mismo como un agente: cualidades emocionales de la vivencia (Killingmo, 2005)

Los síntomas somáticos pueden verse desde el enfoque del afecto no mentalizado, la excitación afectiva de los pacientes psicósomáticos no se asocia con una representación significativa del sí mismo experimentada emocionalmente. En los pacientes que manifiestan baja capacidad de mentalización, la significación cognitiva del afecto disminuye y la excitación somática aumenta (Killingmo, 2005).

### 3.2.3.5 *Patologías por déficit.*

Los *trastornos por déficit o por detención en el desarrollo* son diversas patologías producidas por la falla del medio en proveer lo que en cada etapa de su evolución el sujeto necesita (Gedo, 1981; Killingmo, 1989, 1995; Stolorow y otros, 1987; Stolorow y Lachmann, 1980) la consecuencia es que ciertas capacidades faltan o no se desarrollan normalmente. (Bleichmar, 1997)

Killingmo (1989) y Bleichmar (1997) describen y diferencian los trastornos por conflicto, de los trastornos por déficit, entendiendo que los primeros son estructurales e intersistémicos<sup>8</sup> y los segundos son pre-estructurales e intrasistémicos, teniendo en cuenta el concepto de heterogeneidad del inconsciente.

El motivo subyacente en la patología por conflicto, clásica, está determinado por los deseos prohibidos del sujeto (libido y agresión); la ansiedad está relacionada con el contenido de un deseo inconsciente, es una ansiedad relacionada con el sentido. En la patología déficit el motivo consiste en mantener una experiencia de identidad; la ansiedad está ligada a la pérdida del propio sí mismo, es una ansiedad relacionada con el ser (Killingmo, 2005).

Las fallas intrasistémicas que caracterizan a la patología basada en el déficit son: la estructura defectuosa del sí-mismo, la falta de constancia del

---

<sup>8</sup> El conflicto intersistémico presupone cierta diferenciación entre el Ello, el Yo y el Superyó; y la diferenciación dentro del Yo

objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos; el desarrollo mismo de la estructura del yo fue dañado (Killingmo, 1989).

La principal diferencia apreciable entre conflicto y déficit es que en el déficit no existe una intencionalidad primaria. La intencionalidad primaria refiere a la capacidad rudimentaria del yo del niño para experimentar la representación del sí mismo como responsable de sus necesidades y sentimientos. En el conflicto por déficit, el yo fue dañado en un momento en el que su capacidad para representar causas y efectos y su capacidad para experimentar al sí mismo como un centro estratégico no se habían desarrollado todavía. El resultado de esta falta de diferenciación del yo es un estado de confusión y de sentimientos amorfos de vergüenza y culpa. Por lo tanto, en la patología basada en el déficit no se trata de defenderse contra la angustia relacionada con, necesidades, fantasías y sentimientos prohibidos dirigidos hacia el objeto, como sucede en el conflicto. Contra lo que se defiende es, fundamentalmente, contra la angustia de fragmentación, es decir contra la pérdida de la propia sensación de identidad (Killingmo, 1989).

Entre las patologías por déficit, Bleichmar (1997) distingue tres tipos:

- Patología por déficit del objeto externo, cuando éste dejó de aportar algo esencial para la constitución de cierta función del psiquismo –sostén de la autoestima, capacidad de autoapaciguamiento de la angustia, estructuración de la función deseante, sentimientos de potencia y eficacia, etc
- Patología por trauma, cuando el objeto externo persiguió, aterrorizó, culpabilizó, controló abusivamente, traumatizó psíquica o físicamente
- Patología por inscripción originaria, ésta resulta, en lo esencial, de la identificación del sujeto con la patología de los padres. En estos casos aquello que identifica queda encarnado en lo más esencial de la personalidad.

Y subraya, que la distinción entre patologías por conflicto, por déficit (y sus tipos) no implica una separación tajante, sino más bien muestra la necesidad de encontrar la articulación y el predominio relativo entre las mismas

En la patología por inscripción originaria (ver A 2.3.5) las implicaciones terapéuticas son diferentes que en las neurosis por conflicto, se trata de un trabajo de reestructuración de la mayor parte del mundo representacional del sujeto (Bleichmar, 1997).

### *3.2.3.6 Angustias de desintegración-fragmentación.*

Winnicott (1960) propuso que los sucesos traumáticos que propician la disociación psique-soma, generan un tipo de angustia que describió como: una angustia impensable o el máximo dolor, angustia primitiva o arcaica, ese espanto o el dejar caer y que implica vivencias de caída perpetua, desintegración, escisión somática, despersonalización y desorientación. Si se produce una inadecuación y en consecuencia una intrusión del medio el desarrollo quedará dificultado más o menos precozmente, con la interrupción de la continuidad del ser y la aparición de una angustia impensable que lleva a un desarrollo patológico. Se produce la introyección del medio ambiente y la aparición de un falso self patológico (Winnicott, 1960)

Kohut (1977,1984) destaca la importancia de lo que denomina angustias de desintegración, que incluye la angustia de fragmentación del self, por la emergencia de sentimiento de vacío y debilidad en el funcionamiento del self. Estas angustias testimonian la dificultad de mantener un self cohesivo, es decir, una representación y un funcionamiento en que el sujeto se siente como una unidad, en que el cuerpo y la mente son vividos como partes indisolubles de sí mismo en el presente y, además, con sentimiento de continuidad temporal.

Como ya se expuso, Mc Dougall (1991) señala que las angustias alrededor de las cuales se producen los fenómenos psicósomáticos, no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso

la vida. Describe que, en los procesos de irrupción de la sexualidad arcaica en los que conviven sexualidad y agresión en forma primitiva e indiscriminada la angustia, disociación psique-soma mediante a modo de defensa, se expresará somáticamente.

Bleichmar (1998) señala que es necesario distinguir la angustia de fragmentación de la escisión del yo por renegación freudiana y del clivaje o disociación kleinianos. Considera que esta angustia se manifiesta como el malestar de no ser una unidad corporal y mental y que puede ser consciente pero que lo es especialmente inconsciente. Y agrega que en la angustia de fragmentación la unidad es lo anhelado y lo que se siente que no se consigue.

### 3.2.4 Procesos y manifestaciones psicósomáticos.

Neurosis de defensa	Psicósomáticas Neurosis actuales o narcisistas
Represión	Escisión
Angustia de castración	Angustia de desintegración- fragmentación
Problemática del deseo	Problemática de la formación del pensamiento

Tabla 1 - Diferencias básicas entre neurosis de defensa y neurosis actuales

Las estructuras psicósomáticas tienen en común con otras de tipo narcisista:

- Las experiencias de fusión primaria que borran la distinción sujeto-objeto y confusión de los límites del Yo
- diferentes grados de falta de organización del aparato psíquico
- alteraciones de los procesos de simbolización
- la necesidad estructurante del objeto (Maladesky, 2005)

Aisemberg (2005) basándose en la historia de las teorías sobre los trastornos somáticos que hace Smadja (1998), y en la presentación de Green (1998) respecto de las vicisitudes de la pulsión y la no-representación, observa que:

- Es una patología narcisista, y del afecto
- Se basa en el concepto freudiano de las neurosis actuales, neurosis narcisistas de los modelos posteriores,
  - La importancia del trauma
  - Y de la actividad pulsional, especialmente de Tánatos
  - La supresión de la excitación
  - Las características destructivas de la misma
  - La defensa suprime lo psíquico y tramita la destructividad en el soma
- Ante el dolor psíquico intolerable o ansiedades que lo desbordan surge el transtorno somático.

Zukerfeld (2001) propone que en estas patologías el modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido -es decir de lo irrepresentable cuyas huellas son activables, pero no evocables-, se expresa clínicamente:

- en el déficit de la actividad fantasmática,
- en la precariedad de recursos del yo para afrontar sucesos vitales,
  - y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somático.

En la infancia de estos pacientes se encuentra una relación de objeto indiferenciada, simbiótica, con una madre cuyo narcisismo le impide registrar las necesidades del niño, que será sobreexigido en su desarrollo siguiendo las pautas del Ideal del Yo de la madre (Lieberman, 1982). Otero (2000) destaca que el Yo Ideal genera alta tensión y fragilidad narcisista al tiranizar con aspiraciones desmesuradas y omnipotentes por la identificación primaria con la madre.

Del lado negativo de las relaciones habla Winnicott (1964), y describe que se desarrolló en base a la ausencia de satisfacción, a la vivencia de experiencias que desbordaron la capacidad de espera del niño, cuando el objeto no atiende la demanda, esta vivencia se inscribe y será evocada ante futuras demandas; se instalan la desconfianza y la desesperanza respecto del objeto, acompañadas de sentimientos de hostilidad, dolor.

En algunos casos, este tipo de experiencia temprana conduce a la desinvestidura del deseo o al deseo de no deseo desarrollados por Green (1980) en los conceptos de narcisismo negativo y función desobjetalizante.

La internalización de este tipo de objeto, la identificación con él reproducen, intrapsíquicamente, la actitud similar del sujeto para con su subjetividad.

Advierte Green (2005) que la organización de la estructura psicosomática, se observa un encogimiento del preconsiente, se encuentran el consciente con su discurso y la enfermedad psicosomática a través de la estructura somática frente a frente. Entonces lo que sería necesario encontrar entre ambas estructuras para preservarlas o para develar lo que sucede más profundamente, es de mucha precariedad. Esta fragilidad advertiría del riesgo potencial de movilizar en la terapia. Puntualiza este mismo autor que los pacientes psicosomáticos son capaces de *delirios normales*: puede no haber una distinción entre lo real y lo imaginario, se pueden confundir percepción y representación, cuando hay los relatos de sueños el “blanco” es predominante, suelen haber espejos que reflejan el blanco. El modo de representar la falta de representaciones indica que la alucinación negativa está ocupando ese espacio.

“Los síntomas somáticos se pueden entenderse como afecto no mentalizado y a la falta de mentalización considerarla déficit psicológico” (Killingmo, 2005).

D’Alvia (2005), resumiendo autores del campo psicosomático encontró que mencionan indicadores en común: déficit representacionales de distinta magnitud, desmesura del ideal, duelos no elaborados, angustia difusa, fallas en el sistema de percepción-conciencia y alteraciones en la coraza de

protección antiestímulos, con mayor disposición traumática y niveles de tensión endosomática sostenidos.

Otro elemento en común entre los pacientes que padecen fenómenos psicosomáticos son las vivencias traumáticas, Marty (1963, 1966, 1980).

Resumiendo, Maladesky (2005) enuncia las características más destacadas que se observan en las patologías psicosomáticas:

- el inicio se dio en las vicisitudes de la relación con el objeto primario, que es constitutivo y estructurante del ser humano;
- está en juego el par angustia de intrusión-angustia de separación;
- no refiere a la problemática del deseo sino a la formación del pensamiento
  - la presencia invasora del objeto produce sentimiento de influencia
  - la inaccesibilidad del objeto generan desamparo y depresión
  - no es posible constituir la ausencia mediante la parálisis del pensamiento, sentimientos de vacío o agujeros en la actividad mental
    - están en juego la escisión, y la renegación
    - predominan estados de no integración del aparato psíquico, sus fronteras se encuentran comprometidas y no discriminadas,
      - no son posibles la ligadura y la representabilidad: representaciones de cosa y de palabra, representantes psíquicos, afectos correspondientes, recursos defensivos del yo, conviven anárquicamente cautivos de esas escisiones) Green los describe como perlas de un collar que no tiene el hilo que las une
        - casi no es posible establecer relaciones internas de simbolización, los elementos son utilizados como cosas
          - los sueños tienen una función evacuativa,
          - las fantasías pueden ser una actividad compulsiva que llena un vacío o confundirse como hechos concretos
          - los recursos defensivos son medios para luchar contra las angustias primitivas, persecutorias, y para evitar la confrontación con el vacío y la nada .

Green (1986, 1990, 1996) propone que el discurso narrativo-recitativo y el silencio de estos pacientes, son defensas protectoras que tienden a evitar el contacto con el analista y lograr su impenetrabilidad, dejándolo fuera de la escena psíquica. Liberman (1976), también expone las dificultades que el estilo de comunicación de los pacientes psicossomáticos puede provocar durante la sesión; describe las distorsiones pragmáticas, sintácticas y semánticas que presentan en la escucha de los mensajes emitidos por el analista.

### 3.3 Adolescencia y psicoanálisis.

Quiroga (1998) propone la adolescencia como un período de transformaciones que en nuestra cultura dura alrededor de 20 años. Considera que comprende un tiempo cronológico, medido en años, uno lógico que es el de constitución de las estructuras psíquicas y la resignificación, y el tiempo de la repetición de las estructuras iniciales, tanto las edípicas como las del narcisismo primario y el sentimiento de sí. Es un momento de pasaje y transformación al cuerpo crecido, al desasimiento de los padres infantiles, a la elección de objeto exogámico, al cambio en los vínculos grupales y a la elección vocacional y laboral.

Cronológicamente, la adolescencia comprende tres etapas:

- La Adolescencia Temprana, con la prepubertad a la pubertad desde los 8-9 años a los 10 a 14 según los sexos y la Adolescencia Temprana Propiamente dicha de los 13 a los 15 años.
- La Adolescencia Media, de los 15 ó 16 años hasta alrededor de los 18 años, coincidiendo con el egreso del colegio secundario.
- La Adolescencia Tardía o fase resolutiva, entre los 18 y los 28 años (Quiroga, 1998)

Explica Quiroga que en la adolescencia temprana son fundamentales los cambios corporales y la irrupción pulsional. Los procesos biológicos de crecimiento y del cambio hormonal implican nuevos procesos de identificación en la representación Yo-cuerpo. La libido narcisista, con la regresión al autoerotismo y a las pulsiones parciales produce en el adolescente una imagen de cuerpo despedazado. Se registran como manifestaciones pulsionales en esta etapa: tensión somática, autoerotismo, masturbación, voluptuosidad, cuerpo fragmentado y sede de sufrimientos, conformación del Yo como extraño, no identificado con el propio cuerpo.

En la adolescencia media el aparato psíquico ya no está acosado x el crecimiento y el desenfreno pulsional sino por asumir como propio ese cuerpo, es necesario representar en el Yo, a través de nuevas ligaduras, la nueva imagen corporal con la cual identificarse. La adolescencia media se caracteriza por el comienzo de la elaboración psíquica de los duelos, en primer lugar, por el cuerpo infantil, y luego, por los padres infantiles (Aberastury y Knobel, 1971), que culmina con el logro de una nueva imagen de sí con la cual identificarse. Esta elaboración es necesaria para posibilitar procesos, tanto de tipo identificadorio como de investidura objetal.

Quiroga destaca que la construcción de la imagen corporal, hasta ese momento, se formó a través de numerosas representaciones unidas a afectos singulares, cada una de las cuales es necesario duelar. En esta etapa la detención del proceso de crecimiento permite el desplazamiento desde la investidura intracorporal y autoerótica a la investidura de la sensorialidad de la periferia corporal, y da lugar a la construcción de una imagen corporal totalizada. Esta imagen se constituye como Yo-ideal; el Yo es, entonces, objeto de investidura narcisista. Los procesos de investidura de la imagen corporal coinciden con el duelo por el desasimiento parental, por lo cual la vida anímica del adolescente se encuentra sumergida en un conflicto entre seguir invistiendo al Yo y a los objetos incestuosos. Entre la desmentida de la realidad y el juicio que admite la pérdida, se dan estados intermedios, el Yo escindido, por un lado percibe la realidad y por otro sigue aferrado a la idealización de las figuras parentales, que así funcionan como garantes del ser del adolescente, hay una nostalgia y anhelo por los objetos perdidos

Está privilegiado el “deseo de ser”, deseo de lograr una imagen que implica el deseo de “ser hombre” o “ser mujer”. Hacia el final, estos procesos redundan en un aumento de la armonía pulsional, y una mayor ligadura entre afectos y representaciones, se manifiesta en una imagen más armónica con movimientos, vestimenta y verbalizaciones de más adaptabilidad social.

### 3.4 El tratamiento de las patologías psicosomáticas.

#### 3.4.1 *Antecedentes y especificidad.*

Para Freud el modelo de cambio psíquico tiene como objetivo hacer consciente lo inconsciente. Las neurosis de defensa se abordan mediante la asociación libre, la interpretación de las resistencias, el levantamiento de las represiones, la elaboración psíquica y el logro de que el Yo ocupe el lugar del Ello, fue su finalidad terapéutica. La intervención analítica, dentro de la situación transferencial, es fundamentalmente interpretación de las significaciones encubiertas. El otro recurso técnico que propuso Freud (1937), la construcción, sería el indicado para reconstruir lo reprimido de la historia del paciente y ya en aquel entonces observa efectos terapéuticos aunque no cumpla con ese objetivo. Desde este modelo, Freud afirmaba que las neurosis actuales, ahora llamadas narcisistas, no eran accesibles al análisis por su imposibilidad transferencial (Maladesky, 2005).

En los últimos 30 años se abrieron nuevas posibilidades en la teoría y técnica del psicoanálisis con el reconocimiento de nuevas estructuras psicopatológicas que son nombradas por los autores como: estados límites, trastornos de la identidad, déficits específicos del Yo, falso self, carencias fundamentales, estructuras pregenitales, antianalizando, estructura psicosomática, trastornos por déficit, etc. (Maladesky, 2005)

Winnicott (1964) ya advertía que para el abordaje de las enfermedades psicosomáticas la interpretación no alcanzaba, y que eran necesarios un cuidado y tolerancia especiales, que había que esperar a que apareciera el

conflicto, que no se trataba de psicoanálisis clásico. Las dificultades se observan en varios aspectos, por ejemplo en la comunicación durante las sesiones, Liberman (1976) describe las distorsiones pragmáticas, sintácticas y semánticas que estos pacientes manifiestan en la escucha de los mensajes del analista; mientras que Green (1986, 1990, 1996) destaca que el discurso

narrativo-recitativo y el silencio de estos pacientes, a modo defensivo evitan el contacto con el analista, dejándolo fuera de la escena psíquica; a su vez, Killingmo (1989) señala que al comienzo, si el analista invita al paciente a investigar (sus contenidos psíquicos), es probable que su propuesta sea recibida como una crítica, provocación o ataque con el consiguiente debilitamiento de la alianza terapéutica.

Desde el punto de vista estructural, es esperable encontrarnos con fallas de desarrollo y conflictos intra-psíquicos combinados en una multitud de formas.

Los efectos del déficit, los conflictos y los patrones de carácter se manifiestan en combinaciones que siguieron procesos recursivos constituyendo el psiquismo particular de cada paciente (Bleichmar, 1997; Killingmo, 2005; Zukerfeld, 2005).

La práctica clínica y la revisión teórica fueron produciendo un encuadre diferenciado e intervenciones específicas para el tratamiento de las patologías psicosomáticas. Se llegó a la conclusión de que la técnica de tratamiento de las patologías por déficit es específica (Stolorow y Lachmann, 1980; Bleichmar, 1997). Es necesario que el encuadre sea lo suficientemente flexible como para que permita acceder a las zonas del aparato psíquico que sea necesario analizar (Marucco, 1998), que genere un espacio de trabajo que posibilite transformar la fuerza de la pulsión en representación psíquica (Green, 1998)

#### *3.4.2 Estrategia terapéutica.*

Marucco (1998) afirma, y coincide en esto con Green, que la índole de la tarea analítica consiste en representar. Destaca que en esta tarea no habría

que olvidar el afecto, que se manifiesta en la transferencia y la contratransferencia. Y considera que en los procesos psicossomáticos, básicamente, se trataría de poder resolver parcialmente la escisión (ver 4.1), que el paciente pueda reconocer la pérdida, especialmente su desmentida, para que pase a la represión y pueda ser elaborada. Aunque advierte que se puede conseguir un corrimiento de la escisión pero que no se cierra.

Al comienzo la estrategia consiste en asistir al yo con los objetivos de mejorar la calidad de vida del paciente y de reorganizar el psiquismo del mejor modo posible (Marty, 1990).

Atendiendo a los sutiles matices de la transferencia, el analista tiene que oscilar entre dos estrategias terapéuticas, buscar x un lado el significado inconsciente y constituir x el otro el sentido en la experiencia del sí mismo del paciente. (Killingmo, 2005). En la patología basada en el déficit, el esfuerzo terapéutico está dirigido principalmente a ayudar al yo a experimentar el significado mismo. No se trata de encontrar algo más, sino de sentir que algo existe. (Killingmo, 1989, 2006, 2008)

En la patología por déficit del tipo por inscripción originaria (ver A 2.3.5) la estrategia terapéutica involucra un trabajo de reestructuración de la mayor parte del mundo representacional del sujeto (Bleichmar, 1997).

Coincide Maladesky (2005) en que la intervención analítica con estos pacientes tiene una función estructurante que va de la potencialidad innata a la realización funcional, no sólo devela sentido oculto, sino que construye un sentido que tempranamente no se constituyó. Describe el trabajo analítico con estos pacientes que consiste en: al comienzo, como el paciente no puede, el trabajo de elaboración lo hace el analista; apunta a lograr una estructuración mínima: construye guiones donde no los hay, señala o corrige funciones alteradas, usa sus formas de pensamiento para estimular un trabajo de simbolización aunque sea provisorio. El analista tiene que contener y tolerar los incrementos tensionales y reducirlos mediante su propio funcionamiento psíquico, para que puedan ser pensados y simbolizados. Ofrece su creatividad para producir efectos de ligazón, investidura y significado empleando a veces proposiciones simbólicas provisionarias o tentativas para lograr un pensamiento y simbolización de mayor estabilidad.

### 3.4.3 Empatía.

Heinz Kohut (1984) define la empatía como un recurso de observación neutral mediante el que se intenta percibir, desde una posición objetiva, lo que el otro está sintiendo. Y considera que en el abordaje de los trastornos narcisistas los procesos especulares (mirroring) y de idealización de la relación, suplantando a la interpretación (Tessier, 2005).

La entonación y la calidad del sonido de la voz del analista son fundamentales en la clínica con los pacientes que no están en condiciones de recibir mensajes declaratorios dada la transferencia deficitaria que presentan. La entonación es un lenguaje arcaico, una forma de comunicación somática (imágenes acústicas y tono muscular) de mensajes afectivos (Killingmo, 2006, 2008)

Se destaca la necesidad de modulación de la intensidad afectiva y del tipo de emociones desplegadas por el terapeuta ya que un terapeuta frío, más allá de las emociones, reforzaría la limitación del paciente (Bleichmar, 1997). Al respecto Killingmo (1989) agrega que la neutralidad no refiere al comportamiento emocional del analista sino que se entiende como un principio que guía la transferencia.

### 3.4.4 Intervenciones.

Las intervenciones, en vez de ser interpretativas serán constructivas e inicialmente las de naturaleza afirmativa. (Killingmo, 1989). La tarea del analista en estos casos tendrá mucho de reconstructiva, enfocando a completar y ensamblar los restos conservados de la experiencia biográfica del paciente (Freud, 1937).

Cuando falta la representación palabra y el potencial sensorial de la experiencia de los pacientes psicósomáticos es traumático, Green (1990) propone que el analista intervenga con su capacidad de ensoñación. Ésta implica el concepto de regredencia que describieron César y Sara Botella (1997), proceso por el cual el analista habilita que su sensorialidad sea

estimulada por la del paciente, y pueda convocar representaciones sensoriales (táctiles, olfativas, visuales) que, aunque tampoco estén representadas verbalmente, pueden incluirse en el proceso analítico, en el curso de representaciones que sean verbales. Así, el analista incluye intervenciones con representación de palabra que provienen de sus propias inscripciones preverbales (Marucco, 2005)

#### 3.4.4.1 *Intervenciones afirmativas.*

Para el tratamiento de las patologías por déficit Killingmo (1989, 2002, 2005) desarrolló lo que llama *intervenciones afirmativas o respuestas afirmativas (ra)*. Son las intervenciones que se emplearán inicialmente y más adelante se implementan simultánea y alternadamente con las intervenciones interpretativas. La respuesta afirmativa es “una comunicación formulada al sujeto que proviene de un objeto o de una representación de objeto y que consigue retirar la duda sobre la validez de la experiencia del sujeto” (Killingmo, 1989). Expresa y convalida, de un modo empático, la calidad de la experiencia del sí mismo del paciente. Expresa una auténtica experiencia en el analista, es la actitud del analista la que comunica que acuerda con el estado del sí mismo del paciente. El analista escucha el sí mismo potencial del paciente.

La (ra) no apunta al contenido de la representación del sí mismo sino a dotar a esta representación de cualidades como la existencia, el apego, el valor y la legitimidad, que son constitutivos estructurales y relacionales básicos de la misma. El fin de la (ra) es sostener el sentimiento interno de un yo estratégico y sostener la representación del sí mismo.

El acto de afirmar implica: la experiencia de ser visto, de ser entendido, de ser escuchado y de que el otro acuerde con uno, estas vivencias sostienen el sentimiento de ser, de relación, de sustancia y de justificación.

La afirmación tiene lugar a nivel consciente e inconsciente, se transmite por medio palabras y del silencio. Los efectos terapéuticos inmediatos son:

que alivia el aislamiento, restaura el contacto emocional con el analista, prepara al paciente para una exploración terapéutica que vaya más allá y reduce la duda,<sup>9</sup> restaurando un estado del sí mismo estable.

Killingmo (1989) afirma que “es una cuestión de intersubjetividad, de compartir una experiencia con otro ser humano que vive en un paisaje interno desolado y que carece del sentimiento más profundo del “Yo soy” “

### *3.4.5 Transferencia y contratransferencia.*

En los procesos de transferencia y contratransferencia, fundamentalmente vinculares, es donde se manifiesta el afecto en el análisis.

El concepto de espacio transferencial, de Winnicott, permite considerar las reacciones del analista y las situaciones paradójales en el vínculo transferencial para poder comprender y reparar lo que él llama el lado negativo de las relaciones que tuvo una inscripción muy temprana como impronta de relación objetal y que se manifiesta en sensaciones de falta, nulidad y sentimientos de hostilidad, dolor, desconfianza y desesperanza (Maladesky, 2005).

#### *3.4.5.1 Dos patrones de transferencia.*

Se consideran dos tipos de transferencia, la clásica, por conflicto, y la transferencia por déficit.

La transferencia clásica, entendida como repetición y actualización, se origina en un conflicto, la repetición es de necesidades dirigidas hacia la representación del objeto. Como se basa en el principio de realidad no perturba en gran medida la alianza terapéutica ni encubre el aspecto de realidad de la situación terapéutica. La transferencia por déficit se basa en la repetición de necesidades dirigidas hacia objetos que no fueron internalizados (Killingmo, 1989).

---

<sup>9</sup>Duda que no lo es por un conflicto entre instancias sino por un sentimiento de existencia poco confiable por el deterioro del yo que pone en juego la identidad del sujeto

En la transferencia por déficit , el analista está investido como un objeto no confiable y del que no se espera recibir algo diferente a lo ya experimentado.

La contratransferencia por déficit genera en el analista sensaciones o sentimientos de confusión, desasosiego, tedio, impotencia, dificultades en el ejercicio del pensamiento. (Maladesky, 2005).

Un recurso que Green (1990) propone poner en juego en la contratransferencia ante la falta de representación palabra y lo traumático de la potencialidad sensorial de la experiencia de los pacientes psicósomáticos, es la capacidad de ensoñación del analista. Ésta implica el concepto de regredencia que describieron César y Sara Botella (1997), proceso por el cual el analista permite que su sensorialidad sea estimulada por la del paciente, y pueda convocar representaciones sensoriales (táctiles, olfativas, visuales) que, aunque tampoco estén representadas verbalmente, pueden incluirse en el proceso analítico, en el curso de representaciones que sean verbales. Mediante este un proceso que analista decodifica, e incluye representaciones de palabra que provienen de sus propias inscripciones preverbales. (Marucco, 2005) destaca lo particular que es este tipo de contratransferencia, que sería la constratransferencia de lo arcaico, de lo primario y menciona que es un trabajo de elaboración que puede asustar y provocar inquietud en el analista. Apuntan a despertar en el paciente una vivencia de lo nuevo, de lo que no terminó de inscribirse como una memoria, para que sea memoria y pase a ser recuerdo.

#### **4. Análisis de los objetivos**

4.1 La estrategia de las intervenciones en las primeras etapas del tratamiento.

En las primeras etapas los objetivos del tratamiento apuntaron a establecer el vínculo terapéutico, realizar hipótesis diagnósticas y también a recuperar la historia reciente del paciente y mejorar su calidad de vida. La estrategia de las intervenciones se dirigió a empatizar con L., generar un espacio de confianza, contener las ansiedades y promover las condiciones para que se pudiera

establecer la transferencia. Las intervenciones de esta etapa tendieron a tener un trasfondo del tipo que propone Killingmo (1989, 2006, 2008), en las respuestas afirmativas que tienden a promover un sentimiento de sí mismo estable y establecen la conexión afectiva con el analista. Es en esta etapa cuando las intervenciones que prevalecen sobre las interpretaciones son las construcciones. La terapia se desarrolló frente a frente para favorecer la generación del vínculo. El contacto visual en las primeras sesiones se veía dificultado porque el estado de la piel le impedía a L. mantener los párpados abiertos.

Las primeras cuatro sesiones permitieron sondear el estado del psiquismo de L. y establecer algunas hipótesis diagnósticas tentativas con relación al proceso psicósomático que estaba sufriendo. Los rastros que iba dejando la enfermedad en el cuerpo y la intensidad de las nuevas erupciones daban cuenta de la fuerza arrasadora de la pulsión desligada, “esa extraña liberación de la pulsión de muerte” como lo dice Marucco (1998). Aunque estaba decaído y manifestaba desaliento ante el dolor y la incomodidad que sentía, L. asistió a las sesiones y participaba.

En esta etapa pudo describir cómo se sentía, dónde vivía y qué es lo que hacía diariamente. Vivía tirado en la cama, acostado era como menos dolor sentía. No recordaba nada entre los 15 y los 18 años, fue posible reconstruir que cuando L. tenía 13 empezó el conflicto entre los padres. A los 14 años la madre les presentó a otro hombre.

“Yo vivía en la burbuja hasta los 15, en una familia feliz” cuenta que se sintió abandonado; empezó la erupción y “a irme mal”. Así, comienza a recuperarse la historia reciente de L., la terapeuta mediante sus construcciones a partir de “jirones de recuerdos, unas asociaciones, unas exteriorizaciones activas del analizado” (Freud, 1937) completa y ensambla los restos conservados que serán corroborados a medida que se amplía la posibilidad de recordar.

Como lo describen Mc Dougall (1991), Green (1998) y otros L. no manifiesta todos los rasgos que conforman la personalidad psicósomática que describe Marty (1990), se observa la depresión esencial pero el pensamiento no es del tipo operatorio, y el discurso tampoco está desafectivizado. La aparición de la enfermedad psicósomática en la transición entre la

adolescencia temprana y media, en plena reedición de la situación edípica, con enormes cambios en el cuerpo, en la imagen del cuerpo y la irrupción pulsional con las consiguientes angustias de desintegración dan cuenta de una situación de gran compromiso para la integridad psíquica y la identidad de L. Al comienzo de la adolescencia media, cuando tendría que haber empezado a elaborar los duelos por el cuerpo y los padres de la infancia (Aberastury y Knobel, 1971; Quiroga, 1998), la separación de los padres es vivida por L. traumáticamente. Se produce la primera erupción en la piel que pone en evidencia la escisión psíquica (Green, 1998; Aisenberg, 1998; Marucco, 1998; Zukerfeld, 2001) y que manifiesta que estas situaciones funcionaron como desencadenantes de traumas previos (Bleichmar, 1997).

Durante el primer año de análisis hubo pequeñas oscilaciones en el estado de salud del paciente, y tampoco cambiaba el estilo de vida. L. se sentía “una persona en un cuerpo muerto”. En la contratransferencia la analista sentía interés, simpatía, escuchaba un discurso interesante, un lenguaje rico y también el vacío, la desesperanza, como si la libido estuviera paralizada en la piel.

Fue posible reconstruir algo de los años olvidados, había ido a una escuela secundaria con orientación al arte y al diseño, entre los 16 y los 18 años el dibujo fue su refugio. Tuvo un amigo muy cercano. En el último año del colegio empezó a tener materias especiales en distintos salones, “no sabía ni dónde estaba”, el cambio de referencia espacial lo desestructuró más aún, dejó de ir al colegio, se quedó en la casa.

En la casa está aislado aunque su habitación es un lugar de paso además de que es ahí donde está la computadora. El televisor está en la habitación de la hermana con quien L. dice que la relación “empeoró con la enfermedad, a nadie le gusta tener un enfermo en la casa”. El siente que el padre tiene para con él una relación de mucha exigencia y “quiere que sea deportista”. Con la madre describe tres momentos, el de sentirse mirado por ella y querer ser “mejor hijo”, otra más “violenta” en la que él le gritaba “yo estaba enfermo y vos no estabas” y la última, de más distancia.

En esta etapa del análisis L. volvió a dibujar, lo hacía en lápiz, dibujos de personajes de historieta del estilo japonés manga. Estaban muy bien dibujados y el contenido era creativo. Los dibujos de ésta época incluían grupos de

personajes que combatían entre sí, los trazos eran intensos, marcados, precisos, muy angulosos y con contrastes muy marcados; los rostros expresaban furia, las escenas eran violentas. Después de algunos meses empezó a mostrarle los dibujos a la analista.

El vacío, la desazón y el narcisismo aniquilado de L. se modificaron levemente con la posibilidad de empezar a recuperar su historia reciente. La expresión de la ira y la violencia a través del dibujo daban cuenta de lo no dicho aún.

4.2 Describir un momento de cambio en el proceso de la psicoterapia y describir los efectos de las intervenciones e interpretaciones en el momento de cambio subjetivo.

Hay dos episodios que marcaron un momento de cambio.

Los objetivos terapéuticos en esta etapa fueron hacer consciente el sentido de la enfermedad y promover la restauración del narcisismo. Las intervenciones en esta etapa siguieron siendo del tipo de respuesta afirmativa, de elaboración, de construcción de sentido e interpretaciones. A los 15 meses de hacer terapia L. llegó un día profundamente conmovido, una tía que fue a su casa de visita, "habló de mi hermana muerta" (L). Así se enteró, en ese momento, que el primer hijo de sus padres, fue una niña que nació muerta. Llevó varias sesiones que pudiera poner en palabras lo que iba sintiendo. Uno de los sentimientos en juego era el alivio, en la piel se notaba porque se rascaba menos, reconocía sentirse mejor. Se habló del duelo no elaborado de los padres. Les pidió a cada uno de ellos hablar de esa hermana, la madre lo pospuso y no llegó a hablar, el padre le contó que el embarazo fue 8 años antes que su nacimiento, que la muerte fue por la presentación previa de la placenta al nacer y que sintieron mucho miedo, y que también tuvieron miedo cuando él nació. L. quería saber qué habían sentido. A la reconstrucción de los hechos que pudo hacer le siguió la posibilidad de fantasear sobre el momento actual y de resignificar su historia. Durante algunos días imaginaba cómo hubiera sido tener una hermana mayor. Habló de su infancia y también dijo:

“yo quería ser mejor hijo para llenar ese espacio”, refería al espacio que habría dejado la hermana muerta.

El duelo no elaborado es uno de los temas básicos de las patologías psicosomáticas, Aisenberg (1994) puntualiza el duelo no elaborado del objeto de identificación, Freud (1917) llama duelo patológico al que está ligado a una pérdida de objeto elegido desde el narcisismo, y Green (1980) describió lo que llama identificación con la madre muerta; en el caso de L. es el objeto de identificación y de constitución del narcisismo el que está comprometido. Aisenberg (1994) al hablar del efecto que producen estas situaciones en la estructuración del psiquismo, y en particular del narcisismo, habla de “un agujero en la malla narcisista”, Marucco (2005) describe una “incrustación” del objeto que va destruyendo al yo mientras produce una melancolía corporal que se manifiesta somáticamente.

El segundo episodio que estableció un cambio tuvo lugar durante una sesión, L. necesitaba un turno con la médica dermatóloga y lo venía postergando. Solía escupir en el piso, lo hizo y la analista le dijo “no escupás más en el piso, vamos, te acompaño a pedir un turno”, y así lo hizo ya que los consultorios de Dermatología y Psicoterapia son contiguos. Estas intervenciones introdujeron un límite y una contención. La analista describió que fue “el deseo de verlo recuperado y vivo” que la llevó a acompañarlo a pedir los turnos. La supervisora, desde un enfoque lacaniano señaló que la intervención “no escupás más en el piso” acotó el goce, entró en juego la función paterna, entró el tercero que separa la díada madre-L., se reactivó la reedición del Complejo de Edipo. Con estas intervenciones se busca también libidinizar al yo, que Bleichmar (1997) señala como necesario para promover el cuidado del cuerpo.

4.3 Analizar la evolución del tratamiento luego de las intervenciones e interpretaciones en el momento del cambio.

Los cambios que siguieron sucediendo fueron notables, fue cediendo la erupción, mejoró el aspecto de L. empezó a vestirse mejor. Siguió dibujando, ahora dibujaba díadas o individuos, cambiaron el trazo y el contenido expresivo de los dibujos, las escenas eran de lucha pero perdieron violencia. Las

médicas que lo atienden en el Hospital se sorprendieron por lo bien que lo vieron. L. pudo mostrar los dibujos a las médicas “para que las médicas vean una persona y no una dermatitis”. Le da vergüenza mostrar los dibujos,” sería interesante ver porqué a mi me da vergüenza”. Hablan de que le da vergüenza mostrar lo creativo que es, L se ríe y cuenta que le regalaron cremas. ¿Será que es posible, como lo sugiere Marucco (2005) comenzar a preguntarse por el deseo y no sólo por el dolor?

Empezó a trabajar en tareas de limpieza, en la calle, con el padre y otras personas. Reconoce que esto lo pone ansioso, y tuvo una erupción leve. Cuenta que hay movimiento en la casa porque él y el padre trabajan y que “lo que se mueve” lo asusta, también identifica miedos en la calle cuando trabaja, a que le saquen algo o a perder algo, y en otra sesión reconoce que tiene miedo al bienestar, imagina “estar mejor todavía y me da directamente pánico”. La aparición y registro de otro tipo de ansiedades que no respondan únicamente a la angustia de fragmentación tal vez indique que hubo algún corrimiento en la escisión (Marucco, 2005), que hubo alguna ligadura y sea posible una organización neurótica.

Se observa como se van enlazando los cambios psíquicos y el despliegue de la vida del paciente. Como señala Bleichmar (1997) en las patologías psicósomáticas es necesario no sólo trabajar en el déficit en la representación sino también la capacidad funcional. Empieza a ampliarse el registro afectivo, a identificar y nombrar ansiedades, miedos, deseos. Empieza a relacionarse por primera vez en casi 7 años con otras personas, a salir de la casa, a trabajar.

## **Conclusiones**

La necesidad de comprender los procesos que se ponen en juego en una psicoterapia psicoanalítica en un caso como el presentado enfrentan por un lado con la complejidad del psiquismo, sus procesos, organización y estructuras y por otro con lo fundamental de la vida afectiva y de la vincularidad del ser humano.

Este trabajo tiene entre otras limitaciones tanto la fuente de información como su alcance. La primera limitación se relaciona con que el acceso al

paciente es indirecto, como no es posible asistir a las sesiones dadas las características de la terapia, tanto el paciente como el proceso terapéutico fueron conocidos a través del material aportado por la analista durante las supervisiones. Aunque se observó material gráfico, no se pudo anexar copia de los dibujos producidos por el paciente por tratarse de material de la historia clínica del Hospital. Otras limitaciones se relacionan con la complejidad del caso, la patología psicósomática se presenta en la adolescencia, en medio de una crisis familiar con separación de los padres que continúan viviendo en la misma casa, crisis económica y abandono de la escolaridad. También se considera que el marco teórico para el abordaje de las psicósomáticas mediante la técnica psicoanalítica y su teorización son recientes y están en elaboración permanente. El alcance de este trabajo, por lo tanto, se reduce a la comprensión que la autora llegó a alcanzar de este caso clínico hasta el presente.

La práctica clínica, la revisión y producción de conocimiento constantes aportan a la comprensión de los procesos en juego en las patologías psicósomáticas. El reconocimiento de la heterogeneidad del Inconsciente, la convivencia de aspectos neuróticos y límite y las consecuencias que tienen en los procesos de transferencia y contratransferencia permiten no sólo establecer diagnósticos que dan cuenta tanto de la diversidad de las manifestaciones sintomáticas del paciente como de sus potencialidades, y también adecuar el tipo de intervenciones y la oportunidad para emplearlas. El abordaje de patologías como ésta, de constitución tan temprana desafían la capacidad de escucha y comunicación extra-verbal del terapeuta así como su creatividad y espontaneidad en el ejercicio de la clínica.

Se observó cómo el proceso de desarrollo trunco del psiquismo que tuvo su inicio en los déficits que ofrecieron las experiencias de los vínculos tempranos pudo ser abordado en el marco de un vínculo que necesariamente propuso otras vivencias, más relacionadas con la empatía y una cierta calidad afectiva.

Lo dicho por L. en alguna sesión, “soy una persona en un cuerpo muerto” da cuenta de las complejidades mencionadas y de lo paradójico de su vivencia, de la experiencia de su identidad. Comienza afirmando su experiencia de la

propia existencia e integridad y sigue con el sinsentido de sentir su vida instalada en un cadáver.

Lo que se manifiesta en el síntoma psicossomático, en este caso la dermatitis crónica, cristalizada en la piel, hablaba sin palabras, de sus primeras experiencias de identidad, de cómo lo veían y cómo lo vivía él, de la vivencia afectiva de los vínculos tempranos con esa madre y ese padre en situación de duelo en suspenso, temerosos de la paternidad, de la configuración familiar, de las huellas –escisiones- que se instalaron en él.

Con la progresiva constitución del espacio transferencial, relación terapéutica suficientemente empática (diría Winnicott) mediante, lo cristalizado en el síntoma pudo empezar a salir de la fijeza, pudo moverse, ser sentido, sostenerse y representarse, pudo ser puesto en palabras y transformarse en oportunidad para empezar a construir lo que no se había constituido en épocas tempranas.

## Bibliografía

Aryan, A., Torres, A., Forster, Z. y Vidal, I. (2000). *Entrevista a Joyce Mc Dougall*. Apdeba Psicoanálisis APdeBA. XXII (3), 8-10. Recuperado el 25 de junio de 2013

Bleichmar, H. (2008). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires: Paidós

*Consenso Nacional de Dermatitis Atópica* (2004). Sociedad Argentina de Dermatología. Recuperado el 21 de octubre de 2010.

<http://www.sad.org.ar/docs/dematopica.pdf>

D'Alvia, R. (2005) comp. *Calidad de Vida La relación bio-psico-social del sujeto*, Lugar Editorial: Bs. As

Freud, S. (1991) Construcciones en el Análisis (1937). En Obras completas. Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939) XXIII. Buenos Aires: Amorrortu editores.

<http://centrodedifusionyestudiospsicoanaliticos.files.wordpress.com/2013/03/volumen-xxiii-e28093-moisc3a9s-y-la-religic3b3n-monotec3adsta-esquema-del-psicoanc3a1lisis-y-otras-obras-1937-1939.pdf> recuperado el 22/10/2013

Killingmo, B. (2005). *Una Defensa de la Afirmación en Relación con los Estados de Afectos no Mentalizados*. En Maladesky, A., López, M., López Ozores, Z. Compiladores. *Psicosomática: Aportes Teórico-Clínicos en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar

Killingmo, B. (2006). The Scandinavian Psychoanalytic Review. 29 (1), 13-21.

AN: Peer Reviewed Journal: 2008-00734-003. Recuperado en octubre de 2010 <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>

[T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc5&AN=2008-00734-003](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc5&AN=2008-00734-003)

Lieberman, D. (1982). *Del Cuerpo al Símbolo*. Buenos Aires: Kargieman

Mac Dougall, J. (1991). Un cuerpo para dos. En Bèkei, M. (Ed.), *Lecturas de lo Psicosomático*. Buenos Aires: Lugar

Marty, P. (1995). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Medline Plus. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE UU.NIH Institutos Nacionales de la Salud, Recuperado en diciembre de 2012.

<http://www.nlm.nih.gov./medlineplus/spanish/aboutmedlineplus.htm>

Otero, J., Rodado, J. (2004). El Enfoque Psicoanalítico de la Patología Psicosomática. *Aperturas*, 16. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>

[id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica)

Quiroga, S. (1998). *Adolescencia: Del Goce Orgánico al Hallazgo de Objeto*. Eudeba: Buenos Aires

San Miguel, M. T., Lartigue, T. (2006). El cuerpo y el Psicoanálisis. *Aperturas*, 23. Recuperado en abril de 2013.

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000406&a=El-cuerpo-y-el-psicoanalisis>

Szapiro, Calefato, Cantagalli y Reyes (2003) *Acerca de la Clínica de las Afecciones Psicosomáticas. Un aporte desde la orientación lacaniana. Nominación, Síntoma y Psicosomática*. Memorias de las X Jornadas de

Investigación 14 y 15 de agosto de 2003. Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología. Tomo I. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología

Tessier, H. (2005). Las Corrientes Disidentes Posteriores a la Psicología del yo *Revista Alter*, 6. Recuperado el 29 de marzo de 2013 [http://www.revistaalter.com/Revistas/Numero6/Las\\_corrientes\\_disidentes\\_posteriores\\_a\\_la\\_psicologia\\_del\\_yo.htm](http://www.revistaalter.com/Revistas/Numero6/Las_corrientes_disidentes_posteriores_a_la_psicologia_del_yo.htm)

Tkach, C. (2012). *Los Aportes de Winnicott a la Noción de Trauma en Psicoanálisis. Un Recorrido desde Freud hasta la Actualidad*. Dialogando con Winnicott en el Siglo XXI-Espacio Winnicott de Asociación Psiconalítica Argentina. Recuperado el 29 de marzo de 2013 <http://apa.org.ar/congresos/jornadas/xxi-encuentro-latinamericano-sobre-el-pensamiento-donald-winnicott>

Winnicott, D. (1964). *Elementos Positivos y Negativos de la Enfermedad Psicosomática*

Winnicott, D.(1975). *El Proceso de Maduración en el Niño*. Barcelona: Laia

Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (2005). *Procesos Terciarios. De la Vulnerabilidad a la Resiliencia*. Buenos Aires: Lugar

Zukerfeld, R. (2005). *Calidad de vida y vulnerabilidad en obesidad y patología cardiovascular*. En R. D`Alvia (Ed.), *Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto*. Buenos Aires: Lugar

Zukerfeld,R.(2003).*Vulnerabilidad Somática*. Recuperado en octubre de 2010 <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero3/editorial3.htm>

## **Anexo**

### **Notas tomadas durante las reuniones de supervisión.**

27/9 T dibuja: grupos – figuras solas – figuras de a 2 . “más descargado, más relajado”

“yo quería ser mejor hijo para llenar ese espacio (el que dejó la hermana muerta)”

3/10 Llamó para avisar que no iba a la sesión.

Al comenzar: 3 años de vacío, sin recuerdos. El objetivo fue reconstruir la memoria de esos años.

La separación de los padres

16, 17 y 18 años, el dibujo, como expresión y que no lo presionen

Estaba todo muy inconsistente en su vida y al empezar a tener materias especiales, los cambios de salón lo desestructuraron: perdió las referencias de tiempo y espacio, “no sabía ni dónde estaba”

La relación con Nahuel, necesitaba a otra persona

Lo real –en la piel- anudó

Analista “a veces está al borde de la psicosis...”

A los 18 años aparece una lesión en la pierna “¿viste cuando uno dice, qué fue eso, un gato? Y aparecen 20 tipos armados...”

Que la casa es muy vieja, que hay que pasar por su habitación y a él no le molesta, en su cuarto está la computadora y en el de Flor la televisión

El padre quiere que sea deportista

¿cómo sería tener una hermana mayor?

La perra se murió..y los cachorros abandonados...culpa por no cuidarlos

L. no se rascaba y decía que estaba mejor!!

El documento y el nombre de él elegido por la madre y por el padre (el mismo nombre que el del hombre con el que está en pareja la madre)

28/10

15 a 18 años, no recuerda

La época de conflicto entre los padres, los padres separados viven en la misma casa. A los 14 años la madre les presenta a otro hombre, la madre duerme algunos días fuera de la casa sin avisar. El empeora

“Yo vivía en la burbuja hasta los 15, en una familia feliz” se sintió abandonado, empezó la erupción y “a irme mal”

La madre ahora está mucho en la casa

Temporalidad: es relativa porque no precisa ni recuerda, reconstruye con referencias al colegio

Perdió el último año de colegio.

Situación económica: el padre tiene un subsidio estatal y changas, el también tiene un subsidio, la madre vende cosméticos, la hermana trabaja en una inmobiliaria por las comisiones

La madre

../11 figura femenina - Las miradas de la madre

3 épocas . . . , más violencia, el un mismo plano

“siempre hablé de mi dualidad”, los dibujos

Con Flor siempre una relación complicada, se empezó a deteriorar con la piel, a nadie le gusta tener un enfermo en casa

3 médicas lo revisan ahora, dicen que ahora se ríe...

Analista: el momento de acompañarlo a pedir los turnos, el deseo de verlo recuperado y vivo

Supervisora: pasó algo con el límite al goce, "no escupás más..."

Los dibujos

Supervisora: Lo no duelado. El padre como figura amenazante, él queda en el lugar de la cosa. A él le da filiación esto de las letras del nombre como las del padre

Supervisión: El lugar que él ocupa es para satisfacer a la madre, porque ve que ella no tiene falo y él se quiere poner como falo de la madre. Esta es su posición neurótica; él ve la falta en ella y pretende tapanla neuróticamente.

10/11

L. empezó a trabajar (por el subsidio), tareas de limpieza en la calle con el padre y otras personas.

Le miente a la madre respecto del trabajo que hace, le dice que hace "un papeleo" lo hace para que ella no le diga "que están con esos negros de mierda",

Analista, "como el negro de mierda que sale con la madre..."

Le preguntó al padre por la muerte de la hermana; durante el embarazo hubo un desprendimiento de placenta, fue 8 años antes de que él naciera y los padres quedaron tan asustados que no decidieron tener más hijos hasta 8 años después, y que cuando él nació tenían miedo

A la madre le preguntó dos veces y ella le dijo que en otro momento hablarían; él quiere saber cuál fue el sentimiento de la madre

El D.N.I. un obstáculo. L comenta su temor a perder el subsidio si da el domicilio actual

Volvió a ver a las médicas, se sorprendieron por lo bien que lo vieron y que vieron sus dibujos

Analista: pregunta si los mostró.

L. contesta que los muestra " para que las médicas vean una persona y no una dermatitis" "sería interesante ver porqué a mi me da vergüenza"

Hablan de que le da vergüenza mostrar lo creativo que es, L se ríe y cuenta que le regalaron cremas

17/11

L. está mejor vestido, con mejor aspecto general. Tuvo algunas erupciones desde que empezó a trabajar y también por el cambio de dinámica en la casa (desde que trabajan él y el padre). Lo que se mueve lo asusta, y más si es en la casa.

L. cuenta que está muy ansioso con el trabajo nuevo “tengo miedo de que me saquen cosas, miedo de perder...”

Analista. Le explica que la tensión cero es muerte, y que un poco de tensión es necesaria.

L. Estuve pensando, que tengo que aceptar, y por más que es muy molesto para mí aceptar algo de bienestar... y que algo de bienestar me da miedo y algo más que eso pánico. Por ejemplo, al terminar los dibujos teme que se ensucien, que se les caiga algo encima. Que las médicas hayan visto los dibujos le dio vergüenza.

Supervisión. 15 /16 años, reedición edípica, imagen corporal adolescencia

Cuando la analista le dice “no escupás más” entró la Función Paterna

Y así entra el 3°, reactiva el Complejo de Edipo, se separa la díada madre-L., y entra en escena el padre.

El acto analítico acotó el goce, anuda los tres registros –Nudo Borromeo- . Antes vivía en la ilegalidad, tirado en una cama mugrosa y escupiendo en el piso

Analista. “Basta de escupir Y vas al médico buscás un turno”

Le grita mal a la madre “yo estaba mal y vos no hiciste nada!”

Supervisora. “Se podría decir que hubo intervenciones desde la función materna primero, al buscar el turno y desde la función paterna después, el corte de basta de escupir en el piso.

Libidinización, hay dolor, hay cuidado

Hay un acotamiento del goce del orden de la mirada del analista que mira esa piel lesionada (algo siniestro) en esa intervención (al ir a pedir un turno para no seguir así)

Que cuando L le preguntó a los padres, fue por “lo que sintieron”,...en los duelos no elaborado hay que transitar el sentimiento y esto padres no se habían hecho cargo del duelo

