



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Los vínculos familiares, los sucesos traumáticos y la alexitimia en una paciente
con vitiligo

Alumno: Márcico, Melisa

Índice

1. Introducción
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivo general
 - 2.2 Objetivos específicos
3. Marco teórico
 - 3.1 Conceptualización según diversas líneas psicoanalíticas
 - 3.2 Los vínculos familiares en relación a la psicósomática
 - 3.3 Los sucesos traumáticos en relación a la psicósomática
 - 3.4 La alexitimia en relación a la psicósomática
4. Metodología
 - 4.1 Tipo de estudio y diseño
 - 4.2 Participantes
 - 4.3 Instrumentos
 - 4.4 Procedimiento
5. Desarrollo
 - 5.1 Análisis del Caso
 - 5.1.1 Introducción al Caso Clínico
 - 5.2 Relación de la sintomatología dermatológica con los vínculos familiares
 - 5.3 Relación de la sintomatología dermatológica con los sucesos traumáticos
 - 5.4 Relación de la patología dérmica con la alexitimia
6. Conclusiones
7. Referencias bibliográficas

1. Introducción

A fin de realizar la práctica de habilitación profesional, se optó por un centro de atención clínica privada. En esta asociación se atienden casos que son derivados por los dermatólogos del hospital público al servicio de Psicodermatología que brinda la institución al mismo, como así también casos que llegan a la Red Asistencial, la cual está integrada por los profesionales de la institución; esta también brinda servicio de docencia y capacitación a profesionales.

La práctica de habilitación profesional constó de 280 hs presenciales que se llevaron a cabo durante aproximadamente cuatro meses, asistiendo a espacios de supervisión en la institución, jornadas de presentación de casos, admisiones semanales en el servicio de Psicodermatología. Los tratamientos brindados a pacientes en el hospital consisten en un trabajo en simultáneo con los dermatólogos, quienes derivan al servicio a los pacientes que consideren necesiten por su patología o cuestiones personales atención psicológica. En el servicio de Psicodermatología se realiza una entrevista de admisión a los pacientes donde luego se evalúa el caso para elegir el profesional adecuado para el mismo. El servicio es gratuito durante seis meses, una vez cumplido este plazo se ofrece la posibilidad de continuar el tratamiento en la Red Asistencial de la institución con honorarios reducidos. El caso elegido pertenece a una paciente que fue derivada al servicio de Psicodermatología por vitiligo.

El caso elegido será analizado desde el marco teórico del psicoanálisis, en el tratamiento de las afecciones psicosomáticas.

Este trabajo pretende echar luz sobre las particularidades de los pacientes con enfermedades psicosomáticas, así como la importancia en el tratamiento de la patología dérmica del trabajo interdisciplinario con psicología. En este trabajo particular el caso analizado corresponde a una paciente con patología dérmica específica como el vitiligo, la teoría muestra que existen determinadas características en los pacientes psicosomáticos que son compartidas, las cuáles serán citadas y analizadas a lo largo de este trabajo.

2. Objetivos

2.1 General

- Analizar el caso de Laura, paciente de 29 años con vitiligo y su relación con los vínculos familiares, con los sucesos traumáticos y la alexitimia.

2.2 Específicos

- Analizar la relación de la sintomatología dermatológica con los vínculos familiares.
- Analizar la relación de la sintomatología dermatológica con los sucesos traumáticos.
- Analizar la relación de la patología dérmica con la alexitimia.

3. Marco Teórico

3.1 Conceptualización según diversas líneas psicoanalíticas

Partiendo de una secuencia cronológica, el origen de la palabra psicósomática se remite al siglo XIX, donde el psiquiatra alemán Johann Heinroth establece el término, para designar un tipo de insomnio; sin embargo, es un siglo después, donde el término es retomado desde una visión en la que, tanto procesos biológicos como psicológicos, interactúan en un individuo para provocar algún tipo de enfermedad (Marty, 2013).

La concepción de la idea de psicósomática tiene un origen precedente al término aludido en el siglo XIX, puesto que para comprender qué es un fenómeno psicósomático se debe remitir a los postulados de Claude Bernard, quién formula una hipótesis acerca de la existencia de un estado de equilibrio dentro del organismo de las personas que asegura la protección de tejidos y órganos. Por otro lado, los trabajos que forman parte de la escuela de reflexología generados a partir de ensayos con animales, específicamente con perros de Iván Pavlov en 1876, muestran de forma experimental que los cambios internos en la corteza asociados a algún tipo de estímulo ambiental, pueden dar paso al desencadenamiento de alteraciones psicofisiológicas (Marty, 2013).

A finales de este siglo, médicos como Charcot y Janet centraban sus estudios en la atención de los factores psicológicos de las histerias. Charcot se dedicó a investigar casos de histeria masculina originados luego de traumas sin lesión, bajo la nosografía de histerias postraumáticas. Con el fin de explicar su constitución menciona que el accidente ocasiona una emoción o shock nervioso que los sumerge en un estado mental que se parece al estado cerebral de los histéricos en sonambulismo (Gauchet, 2000). En tal estado es posible la sugestión, en la cual la psiquis es representada por una huella mnémica que se impone ante la evidente mediación del trauma. Freud (1983), quién fue discípulo de Charcot, afirma que consiguió demostrar que las parálisis surgían de representaciones dominantes presentes en el cerebro enfermo, en disposiciones especiales, logrando así explicar el mecanismo de un fenómeno histérico por primera vez. Respecto a la etiología de las neurosis histéricas, Freud plantea que el enfermo se halla en tal estado psíquico que la consciencia o coherencia lógica no puede enlazar todas las impresiones y reminiscencias, pudiendo un recuerdo, de esta forma obtener una manifestación mediante fenómenos somáticos sin que el yo pudiera notificar de ello. Freud se diferencia del discurso médico, introduciendo un tratamiento novedoso para la medicina el cual supone incorporar la subjetividad en el tratamiento psíquico como somático de las enfermedades.

Sin embargo, el interés de Freud estaba puesto en los síntomas neuróticos y no en lo que se denomina síntoma psicósomático. Aunque Freud (1916/1993) no abordó la problemática psicósomática específicamente como tal, el concepto de neurosis actual sirvió de anclaje para posteriores desarrollos en este campo ya que describe los síntomas corporales tanto en la neurosis de angustia como así en la neurastenia, haciendo foco en el monto de excitación somática acumulada de origen sexual, que no es tramitada psíquicamente. Enfatiza la complejidad e influencia de factores psíquicos en lo biológico y más específicamente en la formación de síntomas somáticos. En su XXIII conferencia, en la cual habla sobre la formación del síntoma, enfatiza en la importancia de los primeros años de vida ya que es durante este período que se manifiestan por primera vez las orientaciones pulsionales que el niño trae con él en su disposición innata. La influencia proveniente del medio ambiente y las vivencias ocurridas en el período en que el desarrollo aún no se ha completado dejan huellas en la libido del sujeto, que podrían o no resultar traumáticas para éste. Freud (1916/1993) señala que a menudo los acontecimientos ocurridos en la infancia tienen un papel importante en la formación del fenómeno patológico en algún momento posterior de la vida del sujeto. Las enfermedades que podría padecer una persona otorgan información sobre las manifestaciones inconscientes y los conflictos intrapsíquicos que suceden en el cuerpo, graban y codifican lo que la mente olvida. Ya en 1926 relacionó algunas características de la situación terapéutica frente a la aparición de la enfermedad corporal, dice que, durante el curso del tratamiento analítico, pueden surgir síntomas generalmente somáticos, de los que no se sabe bien si deben ser incluidos en el cuadro general de la neurosis o referirse a una naciente enfermedad orgánica independientemente de ella. Como por ejemplo los síntomas gastrointestinales del hombre de los lobos que aparecen como conversión pregenital, mediante el llamado lenguaje del órgano. Freud observó que el intestino empezó a entrometerse en el trabajo analítico.

En los últimos trabajos de Freud (1932) relaciona la aparición de la enfermedad orgánica con el sentimiento inconsciente de culpa. Su descripción se centra en la agresión vuelta contra el yo. La pulsión de destrucción libre no ligada, así como la agresión ligada por el superyó se vuelve contra el yo en forma de dificultades somáticas. Dice que una enfermedad orgánica puede satisfacer especialmente la conciencia de culpabilidad con la necesidad de castigo agregada. El sujeto se maltrata aceptando como castigo una larga enfermedad orgánica y renuncia muy frecuentemente a la continuidad de su neurosis.

Plantea la fuerte resistencia al tratamiento psicoanalítico a partir de la necesidad de enfermar orgánicamente por el sentimiento de culpabilidad agregado.

Freud (1940) sostiene que la enfermedad somática puede alterar al yo funcionando como trauma actual, que desestabiliza la continuidad de la terapia, generando enormes resistencias del superyó al desarrollo psicoanalítico.

A partir la perspectiva psicoanalítica, el estudio del fenómeno psicosomático dio origen a diversas escuelas que subsistieron a lo largo del siglo XX. Entre las cuales se sitúan la Escuela Francesa y la Escuela Inglesa. Asimismo, en nuestro país, a mediados del siglo hubo grandes líneas de desarrollo para el tratamiento de las afecciones psicosomáticas, influenciadas por distintas escuelas psicoanalíticas.

La escuela psicosomática francesa fue originada a principios del siglo XX por un grupo de psicoanalistas pertenecientes a la Sociedad Psicoanalítica de París, liderados por Pierre Marty, en la cual se encontraban Michel De M'Uzan, Christian David, Joyce McDougall y André Green. El surgimiento de esta línea se da a causa de la dificultad de diagnosticar a un grupo de pacientes que no enmarcaban con el cuadro de la neurosis de histeria ni de las neurosis actuales.

Con el fin de lograr producciones psicoanalíticas del fenómeno psicosomático, Pierre Marty, Michel De M'Uzan y Christian David (1983) plantean una serie de supuestos en relación a perfiles psicológicos que presentan enfermos psicosomáticos en su trabajo "*Investigaciones de psicosomáticas*". En el mismo sitúan una invariable central que es la singular relación de objeto que establecen, dado que por medio de ella es posible juzgar el material recolectado, y revertir así el valor de sus contenidos. Marty va a señalar que, al referirse a estas relaciones, se hace mención al nivel evolutivo desde un enfoque genético, el cual no debe desprenderse de la perspectiva económica que los compete. Esta relación de objeto no se va a tratar solamente de la relación entre investigador y paciente, sino que abarca todo vínculo que el sujeto establezca con cualquier objeto. Proponen que esta relación objetal puede ser manifestada de una forma clara y pura, dependiendo del grado de implicancia funcional y la capacidad expresiva. Diseñan una escala clínica la cual incluye desde los casos psicosomáticos con mayor implicancia, hasta lo que ellos denominan *borderline psicosomáticos* que serían cuadros cercanos a neuróticos o psicóticos (Marty et al., 1983). Existe una diferencia diagnóstica con estos cuadros y es la pobreza de la capacidad simbólica que se manifiesta en el diálogo, se registra una falta en los estados de organización de situación y una desidia que amenaza con el curso de la investigación. Estos sujetos disponen de medios para poder

afrontar dichos conflictos lo que lleva a los autores a pensar en una *organización psicosomática* en la cual son preconizadas las actividades sensorio-motrices y las funciones fisiológicas sobre los mecanismos mentales. Los sujetos borderline psicosomáticos conforman un *espectro psicosomático* el cuál refiere a una gama de afecciones que van desde casos que contemplan estos fenómenos de manera clara hasta los que pueden abordarse desde la teoría psicoanalítica de las neurosis. Anteriormente se señaló que el campo psicosomático no estaba completamente constituido, sino que se hallaba en vías de construcción (Marty et al., 1983).

A diferencia de las afecciones estudiadas por la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis, Marty (1983) señala la ausencia de un marco nosográfico para las afecciones psicosomáticas. A finales del siglo XX la investigación psicosomática sigue sosteniendo un carácter exploratorio. El autor plantea que el vínculo establecido entre el médico y el paciente no da lugar a una elaboración real y se presenta de manera *estática y fragmentaria* en gran medida. En los casos más paradigmáticos, se puede observar que los mecanismos mentales se encuentran severamente empobrecidos de modo tal que el enfermo da la impresión de responder de modo mecánico frente a los estímulos, fenómeno que llevará a los autores a esbozar la existencia de un *objeto interior somático*. El autor establece la siguiente salvedad, diferencia al objeto interno neurótico del objeto interior somático, explicando que el segundo presenta opacidad de sentido y resistencia a la interpretación, así mismo se presenta mal o no se presenta al ser introducido en una actividad mental consciente, sea esta fantasmática o intelectual, el valor funcional que presenta este objeto interior es mínimo (Marty, 1983). La adaptación a la realidad que poseen estos enfermos apunta a otra invariable característica: adhiriendo a lo postulado anteriormente respecto de un mecanismo mental precario, su adaptación es fundamentalmente *operatoria*, diferente de la investidura libidinal afectiva.

Por otra parte, la nosografía propuesta por los autores en el espectro patológico para los enfermos psicosomáticos, se acerca a las neurosis de carácter, alejándose así de las neurosis y psicosis. En este tipo de neurosis, al igual que se puede ver en los pacientes psicosomáticos, se presenta una perturbación global de la personalidad por la que se ven afectadas la adaptación y los recursos simbólicos. Es necesario tener en cuenta el aspecto económico que presentan los cuadros psicosomáticos para poder teorizar respecto del vínculo objetal que lo caracteriza (Marty et al., 1983).

Marty (1983) formula el *principio de equivalencia energética*, con el que intenta explicar cómo la economía libidinal podría influir en la elaboración del diagnóstico, así

como el pronóstico y la terapéutica. El autor se apoya en los resultados de las investigaciones y plantea la existencia de equivalencia energética entre la actividad racional con un objeto externo; la actividad relacional con la representación de un objeto externo; la actividad mental fantasmática o intelectual y la actividad mental funcional somática perturbada. Partiendo de tal analogía, supone que la energía es degradada de manera progresiva, y la relación objetal interferida por la actividad funcional distorsionada. Algunos casos requieren un aporte energético al tratamiento el cuál es administrado por el investigador, por ejemplo, en casos en que las entrevistas se presentan inhibidas en su contenido o para reanimar la lábil economía psíquica de un paciente.

Así mismo, Marty (1983) considera en el paciente psicossomático, la evolución de la personalidad a la cual le otorga un estancamiento inconsciente, el cuál determina su imposibilidad de emerger por medio de representaciones, estas conforman una realidad estrecha y fosilizada, que ha designado como pensamiento operatorio. Se destaca de este pensamiento operatorio la dinámica constante del ello que, al no acabar su carácter dinámico y sensible a los estímulos, queda estancado en formas somáticas, quedando sus funciones distorsionadas. Existe otro rasgo que se vincula con las nociones propias del pensamiento operatorio, el cual se denomina *reduplicación proyectiva*, se basa en la imposibilidad del sujeto para concebir su propia originalidad como la del otro, esto hace que se reconozca así mismo a partir del *otro*, por lo cual carece de características individuales y lo vuelve susceptible ante las coyunturas de separaciones.

Otro de los autores que componen la escuela francesa psicossomática que será tomado en este trabajo es Joyce McDougall. En sus textos *“Un cuerpo para dos”*, *“Teatros del cuerpo”* y *“Teatros de la mente, ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico”* (McDougall, 1988, 1991, 1989) la autora formula algunas hipótesis que tratan sobre la regresión psicossomática, que ayudan a comprender tanto el funcionamiento mental como la organización dinámica de la personalidad de aquellos perfiles que presentan mayores posibilidades de desarrollar la vulnerabilidad psicossomática. McDougall (1989) presenta tres propuestas. La primera, se refiere a la posible relación que puede existir entre los síntomas psicossomáticos y los histéricos. Respecto de investigaciones anteriores, diferencia al fenómeno psicossomático de manifestaciones histéricas, ya que se encuentra desprovisto de contenido de fantasías reprimidas, el cuál carece de significado simbólico tal como se lo puede encontrar en la lectura inconsciente de los síntomas neuróticos. Aun así, en sus trabajos más recientes señala su duda sobre la falta total de significado simbólico al ir descubriendo la intensidad de los mecanismos de

defensa que utilizan algunos pacientes causando inoperancia sobre su dolor psíquico, que incluyen la expulsión de representaciones de ideas cargadas intensamente de afecto (McDougall, 1989). Entonces, la primera propuesta presentada se va a referir a la noción de *simbolismo preverbal*, que está separada de cualquier lazo verbal con el funcionamiento preconsciente. La segunda propuesta presenta una estructura de la personalidad en la que las representaciones y conflictos edípicos se hallan influidos por una fantasía primaria de tipo preverbal, en la cual el cuerpo del niño se encuentra poco diferenciado del cuerpo de la madre (McDougall, 1989). Por lo tanto, cualquier contacto erótico íntimo será vivido como un *peligro de absorción y muerte*. Esto es un factor predisponente para el sujeto a futuras regresiones psicósomáticas ante situaciones de tensión internas o externas, que no son percibidas por el mismo, situaciones en las que el funcionamiento mental expulsa las representaciones perturbadoras y afectos dolorosos, en vez de ser reprimidos por mecanismos de defensa neuróticos. Estas personas pueden sobrellevar relaciones vinculares sin conocimiento del estrés psíquico que denotan la cotidianeidad de dichos lazos. McDougall (1989) va a sostener que la falta de conocimiento de afectos excitantes o dolorosos se atribuye a la *personalidad psicósomática u operatoria*, en la cual los estímulos de gran magnitud que pudieran perturbar la estabilidad psíquica de cualquier persona, se aceptan con una supuesta calma y un vacío de afectos, este estado es conocido como *Alexitimia* (Sifneos, 1972).

Por último, la tercera propuesta planteada por McDougall (1989) consiste en un modo determinado de descargar la tensión, en la cual acción y reacción tienen una función principal. Esto va a ser característico de una actividad psíquica diferente de aquellas en las que se construyen pensamientos o expresiones sublimadas, proporcionando como único medio de descarga encontrado por el sujeto la acción inmediata o repetitiva. McDougall (1989) se refiere a la categoría de *repudio o desestimación*, para explicar el síntoma psicósomático suponiendo que el conflicto mental es desaprobado y expulsado de la psique, para ser descargado a través del cuerpo y su funcionamiento somático. Son inicialmente resultado de mecanismos de evitación que no se encuentran compensados por la creación de síntomas psicológicos.

André Green, situó en sus inicios su pensamiento cercano al de Lacan, aunque integrando también teorizaciones de Winnicott afines con el desarrollo del psiquismo temprano y del pensamiento. El primer aporte teórico que realizó Green, se centró en la noción de *límite*, determinándolo como zona de transformaciones: entre instancias psíquicas, entre psique y soma, y entre el sujeto y el objeto. Green formula el

funcionamiento del límite en basado en cuatro mecanismos, siendo uno de estos la somatización (Green, 1983/2005).

Green (1983/2005) cree que el narcisismo negativo reside en verdaderos agujeros psíquicos que quedan como marcas en el inconsciente que afectan la estructura del narcisismo primario. El complejo de madre muerta, desarrollado por el autor hace referencia a las vivencias del hijo cuando su madre se encuentra en un proceso de duelo grave. Aquí el narcisismo del niño puede sufrir un trauma con dos componentes: la pérdida de amor de la madre y la pérdida del sentido. Green ve que el niño, como forma de defensa aparta la investidura al lazo afectivo con la madre y se identifica a nivel inconsciente con la madre muerta. Otra defensa es dirigida a dar un sentido a lo vivido como sinsentido.

Por último, dentro de los exponentes del fenómeno psicossomático en Francia, situamos el pensamiento de Jaques Lacan.

Lacan sitúa la cuestión del fenómeno psicossomático (FPS) en relación a la *holofrase* (Lacan, 1964), concepto desarrollado en el Seminario 11 de su enseñanza. Considerando que la constitución del sujeto está articulada a la cadena significativa que se funda en una falta, la holofrase imposibilita su advenimiento del mismo ya que no existe la hiancia posible entre significantes donde pueda ponerse en juego la falta, según el autor:

[...] permite situar lo que debe concebirse en el efecto psicossomático. Hasta me atrevería a formular que cuando no hay intervalo entre S1 y S2, cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrsea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos [...] (Lacan, 1964, p. 245).

Cabe destacar, que la función fundante de la cadena significativa que posibilita la existencia de un sujeto es la función paterna. La separación y la alienación son dos operaciones fundantes del sujeto que vienen a conceptualizar el proceso en que emerge el sujeto a través de la constitución de la cadena significativa, la falta y el intervalo, por lo que la noción de holofrase puede verse vinculada a ambos conceptos (Lacan, 1962). Lacan define la alienación como cosa del sujeto, puesto que en zona de objetos no es posible pensar ninguna relación que conciba la alienación, a menos que sea la del significativo (Lacan, 1962). Este proceso se trata de la alienación a los significantes del Otro, para lo cual el viviente deberá incorporarse dentro de su campo, en los significantes que se le imponen. Respecto a esta operación, Lacan sostiene que el significativo que otorga la condición de posibilidad de la producción del sujeto es el significativo como falta, como discontinuidad.

En su Seminario 5, “*Las formaciones del inconsciente*” (1958-59), Lacan introduce la lógica de la castración conceptualizando, en primer lugar, el estatuto que tiene la autoridad de la ley. En el capítulo VIII, al hablar de la forclusión del Nombre del Padre, Lacan destaca un rasgo que articula la ley al nivel de significante, lo llama el *texto de la ley*. Sitúa la diferencia entre la necesidad de una persona sosteniendo la autenticidad de la palabra a decir que algo autoriza el texto de la ley, al cual solo le basta con estar en el plano nivel significante para autorizarla. Por lo tanto, el padre simbólico, aquel capaz de cargar con el texto de la ley, es lo que llama significante del Nombre del Padre, siendo éste el significante que apoya la ley y que la promulga, se representa como el Otro en el Otro. Retomando el mito del Edipo freudiano, si hay padre que proporciona el origen de la ley, si hay ley fundada en el mismo, es necesario su asesinato, ya que el padre que promulga la ley es el padre muerto, lo que significa que es el símbolo del padre. En este apartado, Lacan introduce el lugar del padre dentro de la formulación del complejo de Edipo, donde en primer lugar, opera prohibiendo a la madre. Esta acción inaugural es donde el padre está vinculando la ley primordial en relación a la negativa del incesto, bajo amenaza de castración. Esto supone pensar la prohibición del padre ante la pulsión real del niño, al negarle el uso de su pene al momento en que empieza a obtener su satisfacción. Aquí surge la pregunta ¿Por qué es el padre quién efectúa esta prohibición, si también en varias ocasiones es la madre quién acude a ella? Lo que indica que el padre no es tan esencial, ya que la madre puede operar del mismo modo.

El nivel de la amenaza de castración figura la intervención real del padre respecto a un nivel imaginario, ya que no se trataría de un corte real del órgano sexual. El agente castrador se trata entonces de alguien real, ya que la función puede ser ejercida por aquel que en el plano significante autorice la ley, ya sea madre o padre, y cuyo objeto no es más que imaginario, es decir, siempre que el niño sienta que haya sido cortado, se trata de una mera especulación, de una imaginación del cuerpo propio. Por lo tanto, la prohibición del padre se trata de la madre, en tanto objeto es suya, separándola del niño. En esta etapa es donde Lacan sitúa la rivalidad con el padre que deviene en agresión, como resultado de la frustración del niño para con la madre. El padre simbólico interviene aquí en la frustración imaginaria que implica un objeto real, la madre. Por último, el tercer nivel, el de la privación, es el que interviene en la organización del Edipo. Aquí es donde el padre se hace preferir por la madre, que conlleva a la formación del Ideal de Yo en la medida en que él se convierta en un objeto preferible por la madre. Entonces, Lacan (1958) se pregunta: *¿Qué es el padre?* La respuesta a este interrogante descarta el rol del padre en

la familia, ya que allí puede ser lo que quiera, sino que se contesta en su relevancia dentro del complejo de Edipo. El padre no es un objeto real, aunque deba intervenir como tal para dar lugar a la castración, ni tampoco se trata de un objeto ideal. Es, ante todo, una metáfora. ¿Qué es una metáfora? Lacan la define como aquel significante que viene en lugar de otro. Este es el mecanismo esencial y el único del padre en la intervención del complejo de Edipo, en este nivel es donde se buscan las carencias paternas que no pueden ser encontradas en ninguna otra parte (Lacan, 1958). La función del padre es, entonces, la de ser un significante que reemplaza al primer significante introducido en la simbolización, el materno. Actuando metafóricamente, el padre significa el deseo de la madre.

Lacan (1958) dice respecto a la madre:

Va y viene, y si puede decirse eso, es porque yo soy un pequeño ser ya capturado en lo simbólico y he aprendido a simbolizar. Dicho de otra manera, la siento o no la siento, el mundo varía con su llegada, y puede desvanecerse (p. 179).

La respuesta del niño a saber *¿Qué es lo que quiere?* es una incógnita ante la cual solo puede precisar que no solo él es su objeto de deseo. El niño puede entrever “de qué se trata la x imaginaria” (Lacan, 1958), por lo que considera la posibilidad de volverse falo. La metáfora, por la vía simbólica, es la operación por la cual el padre otorga una solución al Edipo mediante la sustitución de un significante por otro, es una simbolización primordial entre el niño y la madre, en la que el padre se ubica como símbolo o significante en lugar de la madre. La madre, por su parte, es el ser primordial que puede estar o no estar. Lacan (1958) señala que ante la inquietud del niño respecto a qué desea el sujeto, no se trata de un pedido de cariño, contacto, y ni siquiera presencia, sino de la satisfacción de su deseo, ya que su deseo es el deseo del deseo de la madre.

Según lo propuesto en la *Conferencia en Ginebra Sobre el Síntoma* (Lacan, 1975) el fenómeno psicósomático se trata de una configuración del rasgo que se mantiene congelada, tratándose efectivamente de una fijación. Para ejemplificarse, utiliza el término que Freud denominaba *Fixierung*, que refiere a una inscripción en el cuerpo del orden numérico en lugar de algo alfabético, como analogía de un lenguaje jeroglífico que se instaura en el cuerpo. El goce que se manifiesta en la dolencia corporal del sujeto psicósomático es el de un goce de índole específico, tratándose de un goce que no está direccionado al Otro como el síntoma analítico, sino que se encuentra estancado en el cuerpo, al cual se intenta poder dar el sentido del cuál carece.

A partir del Seminario XX (1972-1973) Lacan plantea la estructura psíquica del sujeto articulada a un nudo borromeo, el cual se compone de tres toros unidos de manera tal en que el desanudamiento de cualquiera de ellos genera el desenlace de la totalidad de la estructura. Cada registro representa el eje Simbólico, el Real, y el Imaginario, y tienen las mismas propiedades, pero se diferencian de su sentido. Sus propiedades son: la consistencia (imaginario), la existencia (real) y el agujero (simbólico). En el centro de los enlaces se encuentra el objeto a, causa del deseo.

En el nudo de tres el anudamiento mismo, plantea Szapiro (2011) es el Nombre del Padre. Cuando hay fallas en el nudo de tres, se puede pensar la reparación de este nudo a partir de un cuarto toro (que es el Nombre del Padre o *Sinthome*) que convierta el nudo de tres en un nudo de cuatro toros. Szapiro (2011) señala que el análisis se posibilita por operaciones de escritura, se escribe en el cuerpo, y en la formulación borromea lo imaginario es la consistencia del cuerpo; por tal motivo el cuerpo ha entrado como uno de los términos de la estructura. Sitúa entonces que la estructura RSI (Real-Simbólico-Imaginario) del Seminario 24 no es solo simbólica ni real, sino que la inclusión de lo imaginario en la estructura acaba con el estructuralismo, ya que pone un límite a lo que puede ser una escritura que pueda llamarse externa en relación a la que es del interés del psicoanálisis, en la cual el cuerpo quede incluido (Szapiro 2011). Por lo tanto, podría añadirse un cuarto hilo a este objeto borromeo mediante operaciones de escritura. Szapiro (2011) va a señalar respecto de lo anterior que las operaciones del psicoanálisis son operaciones de escritura, que dan escrituras que corresponden a estructuras diferentes, por lo que se afirma que no es posible cambiar la estructura borrando en dicha escritura un cruce mal hecho. Solo se puede aspirar a escribir un término nuevo que produzca un efecto en la estructura, a esto se le llama reparación.

Lacan (1964) plantea el concepto de *sinthome* como un anudamiento que permite a lo real, lo simbólico y lo imaginario, mantenerse unidos en un nudo de cuatro. Esto posibilitaría la reparación de la falla a partir de un lazo que mantenga unida la estructura. Szapiro (2011) propone, además, que el fenómeno psicósomático podría pensarse como una escritura que anuda de manera singular los tres registros. Podría plantearse como la reparación de uno de los dos puntos que se encuentran fallados en el nudo, por lo cual se habla de una reparación lábil que no produce un *sinthome*, o como un nudo donde los tres toros se sostengan de manera precaria sin estar anudados (Szapiro, 2011). La afección psicósomática se aborda como una escritura de anudamiento lábil que permite pensar en una operatoria fallida de la función paterna. Aquí se propone la operación denominada

por Lacan como *nominación*. Esta operación se trata del pasaje de una escritura endeble a otra más estable, posibilitando el anudamiento por el *sinthome*.

Abordajes posteriores incluidos en la Escuela Inglesa, influenciados por Freud, como Winnicott (1964/1993) conceptualizan el síntoma psicósomático como una división entre la psiquis y el soma, división que se encuentra en el paciente como escisión del yo, es el negativo de un positivo, donde lo positivo es la tendencia a la integración y personalización, una unidad de la psique y del soma. Tales síntomas se gestan en períodos tempranos de construcción del primer símbolo que representa la confianza en la relación materna, cuando la experiencia de creación del objeto transicional queda anulada o disminuida o frente a algún problema posterior con el objeto externo que le quite vitalidad o lo transforme en persecutorio. El inicio de la cadena simbólica entonces, corre riesgo, así como también la posibilidad de usar símbolos y creer en ellos para poder elaborarlos.

Winnicott (1991), considera que no hay un cuadro fijo o tipo de la madre en el paciente psicósomático, sino que, si hay algo común a todos, es que esta madre ha fallado en la realización de su maternaje en momentos claves del desarrollo emocional del bebe. Esto si bien puede facilitar las generalizaciones, en parte destaca que el tiempo y el modo de falla de la madre son más importantes que el síntoma de la misma. Sobre el Desarrollo Emocional se puede ver una breve mención que nos permita explicar la importancia de esta etapa en las disociaciones y en la sobreadaptación que generalmente observamos en los pacientes psicósomáticos, que genera un Falso Self, que explica la disociación descrita por la escuela de París y a la vez, no encerraría al paciente psicósomático en ninguna estructura particular, sino que al igual que otras patologías que tienen este origen, se pueden encontrar en distintas patologías y estructuras. Un desarrollo emocional satisfactorio permite que él bebe alcance una unidad entre la psique y el soma, en donde esta psique, si se la puede llamar así, solo está constituida por las vivencias senso-perceptivas y las experiencias repetidas de calma que producen en una situación de confianza la satisfacción de las necesidades básicas. Esta unidad psiquesoma primaria genera un inicio de Self que posteriormente, y de acuerdo a otros procesos posteriores, dará vida a la persona total, integrada con su cuerpo y con su medio ambiente. Un cuerpo que es parte de uno, sin fragmentaciones -tal como vemos en las psicosis y las esquizofrenias- y con una mente que en parte y sólo en parte, se hará cargo de todo el proceso secundario, del control de los impulsos y de la socialización, es decir, de vivir en el mundo de la cultura. Se pueden mencionar tres elementos, la psique, el soma y la mente, porque en el paciente psicósomático las fallas tempranas producidas por el medio

ambiente no permitieron una adecuada integración entre esta psiquis inicial y el soma, por lo que es posible encontrar estas parciales disociaciones.

Winnicott (1991), dice que no es cuestión de mente y de cuerpo, sino de psique y soma interrelacionados, donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático. Muchos niños y adolescentes sobre exigidos, que son excelentes alumnos, suelen tener enfermedades a repetición, otitis, enfermedades infecciosas, anemias, y depresiones, aparentemente sin motivos, porque éste no saber está vinculado con las disociaciones y no integraciones que ocurrieron tempranamente.

El último autor que se va a tomar en este trabajo es David Liberman (1982, 1993), psicoanalista argentino influenciado por el pensamiento de Freud.

Liberman, Grassano, Neborak, Pistiner & Roitman. (1982) postulan la presencia de una disociación entre las necesidades del sujeto y sus posibilidades corporales. Son personas que tienen un self ambiental sobreadaptado y no lograron modular adecuadamente la maduración y el aprendizaje corporal. Por tanto, el rechazo del self corporal anticipa la contingencia de severas crisis somáticas incluso en los sujetos que muestran bienestar corporal. El síntoma es entonces, el resultado de esta disociación cuerpo-mente a la que requirieron en su temprano progreso. La enfermedad se convierte entonces, en una protesta somática que acusa la demora a la que se ven sometidos ambos, self corporal y emocional. El autor describe a un tipo de pacientes con un patrón de personalidad infantil, en el cual el cuerpo se convierte en el medio para la manifestación de los conflictos. Entonces, las emociones se convierten por medio de códigos somáticos o viscerales. Se trata por lo tanto de un modo de comunicación con características regresivas, el cuál acusa la falta de simbolización de aspectos emocionales, los que al no poder ser gestionados de otro modo se manifiestan a nivel corporal de una forma infantil.

3.1.2 La psicósomática y los vínculos familiares

Al hablar de la importancia de la novela familiar, el psicoanálisis hace dos divisiones: por una parte, considera la historia real y objetiva, que es el acontecer histórico y una segunda referida a la historia vivencial, es decir cómo ocurrió para cada sujeto.

Desde el punto de vista del acontecer histórico una familia es la auténtica y la otra la ficticia, la de la invención literaria. Las dos familias son de alguna manera espejos de la misma. Así se construye una tercera familia, que viene a ser la propia, proveniente del encuentro de un conjunto de historia, de una nueva realidad (Freud, 1916/1993).

Las fantasías elaboradas por los pacientes en relación con su familia interesaron a Freud desde sus inicios en su trabajo “La novela familiar de los neuróticos” (1908/1979). La hipótesis freudiana parte de la idea de que el hecho de ganar independencia y tomar cierta distancia de la autoridad parental durante el desarrollo, representa para el individuo una operación necesaria, pero a la vez dolorosa. Freud (1916/1993) hace hincapié en la historia familiar ya que es el primer intento que realiza cada sujeto para auto significarse. Es penetrando en ella que la persona expresa su estructura internalizada, sea a través de lugares, de modelos de relaciones, de afectos, de formas de expresarse. Esta historia está cargada de referencias sobre los orígenes y las vicisitudes que dieron lugar y sentido al sujeto de hoy. Su importancia es decisiva ya que pone en juego la manera en la que cada uno representa sus orígenes y a la vez ofrece el camino para develar estos interrogantes.

Habrá que recurrir entonces a la historia, al útero, a la madre y al padre para así evidenciar sus influencias en el desarrollo de la subjetividad de cada individuo.

Otro de los autores que toma en consideración a los vínculos familiares siguiendo la línea de Freud, es Winnicott (1971, 1973).

En relación con el vínculo materno, es Winnicott (1973) quién centró sus estudios en la relación madre-lactante y en la posterior evolución del sujeto a partir de tal relación. Parte del concepto de que el neonato al momento de nacer no posee una unidad psíquica ya que, durante el primer año de vida, la díada madre-infante constituye una unidad. La madre es el único universo del bebé, el primer entorno. En los primeros meses de vida, especialmente durante el período de la lactancia, todo lo que rodea al bebé es sinónimo de madre. La intervención del padre está mediatizada por ella y éste colaborará ayudando a la madre y preservando esta díada, aportando sentimientos de seguridad y de amor que ésta a su vez transmite al infante.

Este período es fundamental dado que un exceso de apego entre la madre y el hijo puede resultar patológico (Winnicott, 1971). La preocupación maternal primaria suele ser espontánea, pero se debe dar un equilibrio entre una madre suficientemente buena y una madre banalmente dedicada al niño. La primera es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del verdadero *yo* del infante, interpretando su necesidad y devolviéndosela como gratificación. Al mismo tiempo, esa madre deberá frustrar al hijo para que emerja el *falso yo*, que tiene que ver con la función adaptativa; ésta le servirá al infante como un acercamiento a la realidad. Gracias a este equilibrio, el niño percibe la medida de su dependencia y adquiere la capacidad de hacer notar sus necesidades al entorno. Irá así descubriendo gradualmente que ya no es uno solo fundido con su mamá. Al producirse la

separación madre-lactante, el niño se irá independizando mediante espacios, fenómenos y objetos transicionales que son meros sustitutos de la madre.

Un concepto fundamental en la teoría de Winnicott (1971) es el de función materna ya que antepone el concepto de función frente al de quién la realiza. Esta implica un movimiento, una acción que posibilita un proceso que va más allá de un individuo concreto. Clasifica las funciones maternas primordiales en tres: el sostén (*holding*), la manipulación o manejo (*handling*) y la presentación objetal (*object-presenting*). Estas determinan en forma correlativa el desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, que corresponde a la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación en aras de la unidad psique-soma; y un proceso de realización, que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.

El sostenimiento (*holding*) es un factor básico del cuidado materno que corresponde al hecho de sostener al niño emocionalmente de manera apropiada. El autor incluye en este concepto a todo lo que la madre hace en este período de dependencia absoluta, considerando que “sostener a un bebé es tarea especializada”. El sostén protege de la agresión fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante, incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo del día y de la noche, también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y del desarrollo. La manipulación (*handling*) es la manera particular que tiene la madre de moverlo, depositarlo, trasladarlo en el espacio. Es la función que contribuye a la unión psique-soma, le permite percibir lo real como contrario a lo irreal, facilitando la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y la del self. Vale decir, la personalización del bebé. En cuanto a la presentación objetal (*object-presenting*) el autor incluye todo lo que está inscripto en la presentación del mundo, desde el plato de comida sólida, la cuchara, los juguetes, hasta las rutinas diurnas y las nocturnas, lo que es la familia y lo que no es. A medida que la madre habilita en el niño la capacidad de relacionarse con estos objetos, éste despliega su capacidad de habitar el mundo, promoviendo la propia realización. Por el contrario, las fallas maternas bloquean este desarrollo poniendo en riesgo la salud mental del niño (Winnicott, 1971).

La relación del recién nacido con las figuras parentales desde el momento mismo de la concepción, marca el funcionamiento somatopsíquico de este nuevo sujeto. Al contrastar poco a poco la diferencia entre su cuerpo y el de su madre va diferenciando también aquellos contenidos psíquicos de aquellos físicos o corporales. Por un lado la figura materna juega un rol transcendental, McDougall (1989) señala que dentro de su

estudio con pacientes somatizadores el objeto materno pudo presentarse de dos formas completamente distintas, por un lado, como una madre que rechaza todo tipo de contacto físico con el bebé debido al miedo a ser absorbida o vaciada por el mismo, lo que deviene consecuentemente en el desarrollo de una independencia precoz en el niño tanto a nivel físico como mental, de igual manera este tipo de relación induce de forma prematura a una comunicación simbólica con su entorno; por el contrario, la figura materna que se muestra demasiado próxima en su relación con el niño, no da paso al desarrollo autónomo de este nuevo sujeto pudiendo quedar así enganchados en la fantasía de ser uno solo.

Con relación a la imago paterna, la autora refiere que a partir de los procesos analíticos, en la mayor parte de los casos observados y estudiados, resguardando de igual manera ciertas excepciones, la estructura edípica en estos sujetos fue incorporada a una organización primitiva, donde la imagen del padre puede estar tanto deteriorada como completamente ausente, desempeñando un papel relativamente insignificante tanto en la vida de la madre como del niño (McDougall, 1989).

Según McDougall (1982), la lenta desomatización de la psiquis se acompaña de una doble búsqueda de la infancia: por un lado, el bebé tratará, sobre todo en los momentos de dolor psíquico o físico, de recrear la ilusión de la unidad corporal y mental con la madre-pecho y por el otro luchará con todos los medios que dispone para diferenciar su cuerpo y su ser de ella. A no ser que el inconsciente de la madre obstaculice este proceso, el niño construirá, por medio de los mecanismos de internalización-incorporación, introyección identificación, la imagen interna de una madre nutricia, madre que cuida, que es capaz de contener sus tormentas afectivas, apoyando su deseo de autonomía corporal y psíquica. A lo largo de la vida, la realidad psíquica de toda persona debe mediar con el deseo primitivo de retorno al estado de fusión con la madre-universo; en otras palabras, con el deseo de no-deseo. La lucha contra ese deseo, y el duelo que impone, son compensados con la adquisición de identidad subjetiva. Lo cual supone que el sujeto ha podido investir, libidinalmente y narcisíticamente, las heridas fundamentales que son la separación y la diferencia. Sin embargo, separación y diferencia no son vividas por todos como logros psíquicos que enriquecen y dan sentido a la vida pulsional. Por el contrario, pueden ser temidas como realidades que disminuyen o vacían al sujeto de aquello que le parece vital para sobrevivir. La lucha contra la división primordial, que tiende a constituir un individuo, puede dar lugar a compromisos muy variados: sexualización del conflicto, constitución de estructuras caracteriales de tipo narcisista o adictivo, división psique-soma.

Siguiendo a la autora en la fantasía de un cuerpo para dos se encuentra una problemática paradójica en los pacientes: si la fantasía fundamental dicta que el amor lleva a la muerte y que solo la indiferencia a toda libidinización asegura la supervivencia psíquica, el sujeto, buscando protegerla por medio de esta desafectivización, aumenta la vulnerabilidad psicosomática de manera sorprendente.

En términos de McDougall (1991) los elementos que aparecen siempre presentes en los analizantes que presentan una fuerte tendencia a la somatización son:

1) El lazo que falta entre los estados psicosomáticos y la organización histórica debe buscarse del lado de las neurosis actuales.

2) Este lazo tiene relación con los destinos del afecto. A las tres “transformaciones” del afecto planteadas por Freud (histeria de conversión, neurosis obsesiva, neurosis actual) agrega una cuarta en la que, paralelamente con la representación forcluída, un afecto estaría totalmente sofocado, y esto sin ninguna compensación psíquica (es decir sin recuperación neurótica ni delirio), dejando así solo al soma en respuesta, con el riesgo de que una amenaza psíquica sea tratada como una amenaza biológica.

3) Estos pacientes parecen haber alcanzado una organización edípica específica, así como la posibilidad de vivir una vida sexual y social de adulto. Sin embargo, su Edipo queda injertado en una organización mucho más primitiva en la que la imago paterna está casi ausente tanto del mundo simbólico de la madre como del niño. El sexo y la presencia paternas no parecen haber jugado ningún papel estructurante en la vida de la madre. Por eso la imago de la madre se vuelve extremadamente peligrosa.

4) Esta constelación introyectada distorsionada es en gran parte la constelación de conflictos y contradicciones que habitan en el inconsciente de ambos padres. El niño necesita de las funciones maternas de consuelo y modificación de vivencias psíquicas y física dolorosas para mantener la ilusión de hacer uno con ella. Es esto lo que le permite funcionar somáticamente sin problemas, y posibilita que poco a poco la unidad madre-niño se vaya diferenciando en una madre y un niño.

5) Todo esto lleva al inconsciente de la madre y a lo que para ella representa el niño en cuestión.

McDougall (2004) toma el concepto winnicottiano de espacio transicional, ya que le permite señalar las distorsiones que se producen en este proceso de maduración. Este espacio, que se constituye en los primeros doce meses de la vida, permite al niño crear un espacio psíquico donde poder interiorizar el indicio de un objeto maternal con el cuál

puede identificarse de a ratos, hasta poder finalmente estar a solas con la madre. En la fase del comienzo descrita por Winnicott como *preocupación materna primaria*, una parte de la madre, de alguna manera, está fundida con su bebé, es decir que ella misma comparte esta experiencia de ser parte integrante de la unidad madre-lactante, lo cual permite a su vez que el niño la viva así. Sin embargo, algunas madres sienten a su bebé como un cuerpo extraño a ellas mismas. Por el contrario, otras no quieren abandonar la unidad fusional madre-lactante. En ambos casos, el niño corre el riesgo de encontrar muy difícil la adquisición de este sentimiento de su identidad separada que le da, al mismo tiempo, la posesión de su cuerpo, de sus emociones y de su capacidad para pensar. Si la madre, en función de su propio mundo interno, no llega a crear para su bebé la ilusión de que la realidad externa y la realidad interna son una misma y única cosa, si no es capaz de escuchar, en cada momento, los deseos de fusión, diferenciación e individuación de su niño, corre el riesgo de confrontarlo a las condiciones que podrían llevarlo a la psicosis o a la enfermedad psicosomática.

Green (1972) pone énfasis en la importancia del vínculo materno y analiza el funcionamiento de los pacientes de frontera, entre neurosis y psicosis, que oscilan entre la ansiedad de pérdida y la ansiedad de intrusión, patología narcisista en la que están incluidos los pacientes psicosomáticos. En su teoría hace foco sobre la madre de estos pacientes, denominada *madre muerta*. Se trata de una relación temprana madre-niño que transcurre sin grandes perturbaciones hasta que ocurre un corte brusco, a partir de una pérdida real sufrida por la madre, que lleva al desinvertimiento del hijo. Esta situación deja como saldo un agujero en la malla narcisista del infante y una consecuente doble identificación de éste, tanto con la experiencia del vacío que deja la desinvestidura del objeto materno como con la madre deprimida, siendo el padre poco auxiliador en esta situación.

En el análisis del caso Z, paciente fronterizo que fue para el autor el objeto principal de estudio en una de sus visitas a un neuropsiquiátrico, se encuentran las características referidas a este tipo de pacientes que por lo general manifiestan una enorme dificultad para expresar sus emociones y sentimientos. Una de ellas es la estructura edípica como bitriangulación en la que por una parte el sujeto no tiene una situación libidinal con la madre ya que esta resultó intrusiva; al mismo tiempo el sujeto se resiste a renunciar a su influencia. Por otra parte, existe un padre con el que ha podido identificarse pero que no está disponible para él. Se crea entonces una situación intrapsíquica en la que el sujeto vive en una continua alternancia entre angustias de intrusión y angustias de

abandono, un espacio siempre ocupado por el objeto, impidiendo la configuración de la ausencia (Green, 1972).

Liberman (1993), va a decir que el paciente que somatiza forma parte de una familia que, desde su nacimiento, lo incluye en una red de interacción con una seria distorsión de base: el hijo que nace tiene como misión satisfacer las aspiraciones narcisísticas de los padres. En general estuvieron expuestos a intensas exigencias de adaptación frente a las que fracasaron total o parcialmente. Vivieron estos fracasos como injurias narcisísticas que produjeron sentimientos de intensa humillación. Habitualmente son parejas que atravesaron cambios masivos en circunstancias de vida, con el consiguiente problema de pérdidas y readaptaciones. Muchos de estos padres han atravesado serias crisis emocionales personales o en la relación de pareja. En estos casos aparece la visión deformada del rol del hijo, quién pasa a ser el que tiene la misión salvadora de unir a la pareja, curar la depresión de la madre o de llenar el vacío dejado por la muerte de un ser querido. Estos padres presentan una falta considerable de empatía para captar las necesidades psicológicas del niño, sus limitaciones y sus posibilidades. Muestran a sus hijos sólo aspectos parciales de la relación que existe entre ellos y ocultan el resto. De modo que estos niños quedan sólo con una fachada de lo que se les muestra, lo cual da lugar a la formación de símbolo fachada en la representación del cuerpo, del espacio y del tiempo. Los padres de estos pacientes son parejas que mantienen una interacción sobre la base de roles fijos, rígida y masivamente diferenciados, entre ellos y en el contacto con los hijos. La madre es la que asume activamente el manejo de la educación de los mismos; en cambio el padre, lejano, sólo se incluye indirectamente en el vínculo. La madre ocupa el lugar central en las relaciones entre los miembros del grupo familiar, controlando las interacciones e impidiendo casi siempre el encuentro padre-hijo.

En general la relación entre los padres se estabiliza sobre la base de modelos relacionales pregenitales e infantiles en los que se juegan roles complementarios: controlador-controlado, víctima-victimario, excluido-excluyente. En otras oportunidades, conforman parejas mutuamente autoexcluyentes, que carecen de puntos de contacto entre sí. En estos casos predominan aspectos narcisísticos que han llevado a cada uno de los miembros a constituir pareja con alguien muy disímil, para no unirse realmente y evitar así la ruptura de la estructura narcisística. En todos los casos las parejas no han accedido al nivel genital. El vínculo se organiza en función de características pregenitales y narcisísticas, lo que les impide, en la crianza del hijo, concebirse como adultos que se ocupan de un tercero. Fracasan en la inclusión del hijo en la red comunicacional

triangular, estereotipando relaciones diádicas que permanentemente excluyen a un tercero. Este papel de excluido es desempeñado, en forma alternada o conjunta, por el padre o por el paciente en distintos momentos de la relación (Lieberman, 1993).

Se puede describir a la madre del paciente psicossomático como aquella que en un primer momento se presenta como alguien sacrificado y pendiente del desarrollo de su hijo. Sin embargo, latentemente, es una figura imperativa e incapaz de empatía, que priva a su hijo tanto del contacto emocional con ella misma como con el padre.

La madre estabiliza su relación con el hijo sobre la base de una propuesta narcisística que supone una inversión de la relación madre-hijo desde el comienzo de la vida; el hijo es el encargado de calmar la ansiedad materna y satisfacerla a través de logros que colmen sus aspiraciones.

Lieberman (1993) describe dos tipos de vínculos maternos. En primer lugar, *la madre que rebota*; y *la madre tira bombas*. Estas denominaciones incluyen no sólo diferencias descriptivas, sino también una apreciación diagnóstica de la severidad de la patología y del pronóstico. En el modelo la madre que rebota, encontramos un tipo de desconexión afectiva, que le impide a la madre recibir y procesar el mensaje del hijo, cuando este implica estados de ansiedad. Desde la perspectiva del niño, y especialmente del bebé, la mamá deja sin contención a sus emociones, rebotando sus identificaciones proyectivas significativas. Esta madre es infantil y narcisista. No recibe, ni da entrada a los primeros movimientos proyectivos del bebé. Puede llegar a ser tierna y juguetona, siempre que el niño no presente manifestaciones de ansiedad, que no pueda decodificar.

La madre tira bombas presenta la misma incapacidad para recibir las identificaciones proyectivas del bebé, pero reviste mayor patología, en tanto sobrecarga al hijo con sus propias proyecciones violentas, que toman la forma de inducciones o evacuaciones. Esta madre tiende a inocular sus propios sentimientos intolerables, y busca en el hijo el rol que ella debería haber llenado: que permita la penetración y la ayude a organizar su propia vida emocional. Ninguno de estos dos modelos de madre es capaz de lograr ser un buen holding para las identificaciones proyectivas de su hijo. La madre que rebota permite un tipo de identificación proyectiva adhesiva a diferencia de la madre tira bombas que inocular y desorganiza. A esta última están vinculadas las patologías corporales más serias, que revisten riesgos de muerte para el paciente, así como las enfermedades de piel.

Con respecto al padre del paciente psicossomático Lieberman (1993) dice que éstos presentan un tipo de fracaso específico en su función, se trata de un padre inoperante.

Carece de peso y de fuerza y fracasa en su inclusión activa dentro del grupo familiar como otro diferenciado, incapaz de tomar decisiones sobre problemas evolutivos y conflictos emocionales.

El autor describe dos tipos de padres, *el padre esquizoide* y *el padre impulsivo*. En el caso del padre esquizoide se percibe que crea situaciones de ambigüedad y desconcierto por su condición de presente-ausente. En la entrevista puede ser un buen informante, pero se excluye de las pautas de interacción. Llega a percibir los aspectos patógenos del vínculo de la madre con el hijo y puede tener empatía con las necesidades de este, pero no logra imponerse activamente para modificar dichas pautas. Por competencia con una madre excesivamente fálica y/o por debilidad yoica, no puede constituirse en fuente de amor ni de autoridad; tampoco pone límites a situaciones de confusión. Al no ofrecerse como una nueva figura de sostén, no ayuda al niño a diferenciarse de la madre. Por el contrario, la misma reúne ambos roles, manteniendo ilusoriamente la pareja y alimentando así ciertos aspectos de su propia omnipotencia infantil. Este tipo de padre hace alianza con aquellas características maternas que no pueden dar cabida a los impulsos agresivos y hostiles del hijo. Las expresiones de enojo, decodificadas como algo inexplicables, los desubican y los llenan de perplejidad. Se dan en ellos la imposibilidad de estructurar un circuito comunicacional donde haya lugar para la agresión asociada a un significado. La hostilidad, sin una ligazón significativa, no encuentra otro destino que la somatización como descarga indiferenciada (Lieberman, 1993).

En cuanto al padre impulsivo se puede observar que tampoco permite la experiencia de regulación de la hostilidad, en tanto ocupa el lugar de otro hermanito que estalla y tiene rabietas infantiles. Por lo tanto, no podrá lograr modificaciones de fondo en la interacción familiar. Sin embargo, este papá da lugar a un mayor juego emocional y puede en oportunidades estar cerca. Lo común en todos estos casos, es que, desde la perspectiva del hijo, son padres inoperantes en tanto apéndice de la madre. El hijo percibe que, aunque sus padres no logran unirse para criarlo, están fuertemente ligados por un pacto implícito que configura un área vincular de satisfacción entre los padres, a los que el niño no tiene acceso. Esta cualidad de área secreta de relación y la tendencia a establecer alianzas en la pareja, es una característica de los pacientes psicósomáticos. Son padres persecutoriamente presentes, aunque desconectados y abandonantes en el plano afectivo. El hijo no tiene otra posibilidad que responder a través de enfermedades, a los conflictos emocionales que no puede registrar y transmitir (Lieberman, 1993).

3.1.3 Los sucesos traumáticos en relación a la psicopatología

En términos de lo representable, se retoma el concepto de Freud (1915 /2006) el trauma como un problema de índole estrictamente pulsional. Es la pulsión la que tiene que adquirir una posibilidad de representación, porque es la principal manera que tiene el yo para domeñarla. Cuando la pulsión no es domeñada hay algo que, ingresando en el terreno de lo no representable, puede seguir otro camino: el camino corto de la pulsión, que va tanto al acto como al cuerpo, es decir, el pasaje al mundo exterior, o bien el de la enfermedad somática.

Freud (1920/2006) refiere a la situación traumática como un estado de desvalimiento debido a un estímulo externo que genera un dolor que no cesa o debido a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional. Lo aplica a una vivencia que, en un breve período de tiempo, provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo que su tramitación por las vías normales y habituales fracasa, y de donde resultan trastornos duraderos para la psiquis. Precisamente, la misma definición económica impregna su teoría de la pulsión de muerte. Como es bien sabido, el problema general de la repetición, en especial la tendencia de los traumatizados a repetir las experiencias dolorosas, tendencia difícil de explicar en términos de un intento por lograr la satisfacción libidinal, impulsan a Freud (1920/2006) a reconocer, la existencia de un *más allá del placer*, o pulsión de muerte, que actúa de manera independiente y, a menudo, en oposición al principio de placer. Postula la existencia de un *escudo protector antiestímulo* diseñado para defender al organismo del fuerte aumento de la cantidad de estímulos provenientes del mundo exterior que amenaza con destruir la organización psíquica. Así, el trauma queda definido como una ruptura extensa o una grieta del escudo protector del yo, ruptura que pone en movimiento todos los intentos de defensa posibles, en el mismo momento en que incluso el principio de placer queda fuera de combate. Sólo cuando el yo no está preparado para ligar las cantidades adicionales de energía que llegan a él, se rompe el escudo protector y se liberan grandes cantidades de energía desligada o displacentero. En la temprana infancia esta situación traumática puede afectar al yo temprano, al cual Freud (1915/ 2006) llama *Yo Real Inicial*; en tal caso, queda afectado el procesamiento pulsional. Esta falla en dicho procesamiento es propia de las afecciones psicopatológicas, adicciones y otros trastornos. Estas fijaciones en traumas tempranos producen escisiones en el yo y una difusión en lugar de la liga de la pulsión de muerte a Eros. Posteriores desarrollos teóricos dentro del psicoanálisis profundizarán esta discusión entre la

importancia del hecho fáctico y sus consecuencias en el psiquismo, o el valor del impacto pulsional como generador de fantasías, y la inclusión del otro significativo como generador y/o modulador del impacto traumático.

Pensando en tal contexto, se plantea el peso de situaciones traumáticas y de pérdidas con una madre sin capacidad contenedora de las ansiedades y sufrimientos, donde no hay palabra que devuelva significado a la emoción, que permita historizar, procesar y duelar las situaciones. Hablamos de una falla de sostén que sumerge al cuerpo en total indefensión, vínculos que no han podido favorecer la construcción de un yo fortalecido, preparado para hacer frente a dichas situaciones (Winnicott, 1964/1993).

3.1.4 Las características del paciente psicósomático

Los representantes de la Escuela Psicósomática de París sostienen que, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones de la personalidad (neurosis, perversión y psicosis), en los psicósomáticos existe un conjunto de características comunes que conforman una verdadera estructura de personalidad psicósomática. Según Marty (1967) el psicósomático está caracterizado por una insuficiencia en la mentalización, que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Habría un déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicósomáticos, con una construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas (que tienen una calidad sensorio-perceptiva), a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representación de palabras. 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. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaborada e integrada por las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal. En otras palabras, todo sucede como si el cuerpo fuera el depositario de los fenómenos pulsionales desatados, como si las pulsiones, privadas de la posibilidad de ser metabolizadas en una expresión mental, emprendieran la vía subterránea de los órganos.

Todas estas anomalías en el funcionamiento mental dan lugar a una serie de características que constituyen la personalidad psicósomática (Marty, 1967).

1. *Apariencia de normalidad psíquica*. Tienen una hiper adaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas.

2. *Pensamiento operatorio*. Pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal. Se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos.

3. *Relaciones objetales carentes de afecto*. Su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. Es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos.

4. *Incapacidad de soñar*. Entre las funciones del sueño podemos señalar la liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. Pues bien, en estos sujetos, dada la desvinculación abismal respecto a su inconsciente (por la ausencia de preconscious), no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio.

5. *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.

Esta escuela, los caracteriza como personas eficaces, trabajadoras, sobreexigidas, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencia en las demostraciones y sentimientos afectivos. No saben acerca de lo que sienten y desean, con predominio de un falso self adaptativo, que los mantiene con un buen carácter en todo momento, pero que suelen parecer poco creativos. No registran con claridad qué es lo que les sucede, si están tristes o enojados, o si están cansados y necesitan descansar, por lo que a veces pueden desarrollar actividades sin parar, hasta que el cuerpo se manifiesta, enfermándose. En general no se salen de las normas, ni improvisan conductas no formales. Hay un desmedro de la percepción interior y de su propio cuerpo.

Marty (1990), precursor de la Escuela Psicósomática de París, trae los conceptos del psicoanálisis en correlación a la regresión de la libido a etapas de la infancia a fin de realizar una nueva contribución. Marty, De'Uzan y David (1983) consideran que el paciente psicósomático es caracterizado por una insuficiencia en la mentalización, la cual le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Se trata aquí de una deuda en la formación del aparato psíquico, la cual surge de un desamparo inicial que es resultado del vínculo con una madre narcisista la cuál siembra un vacío psicológico. Este vacío impide la expansión del espacio simbólico de la fantasía y abre camino a la operación directa

corporal. Al no haber sido tenidas en cuenta las señales indicadoras de los deseos del niño, él las detiene y produce réplicas corporales patológicas los cuales son equivalentes a los primeros síntomas psicósomáticos. La escuela francesa refiere a estos enfermos como personas eficaces, trabajadoras y sobreexigidas, que consiguen éxitos externos, con propensión a tomar responsabilidades que le exceden, se encuentran sometidos a un superyó exigente y cruel, con una deuda en la esfera afectiva la cual les impide ver y manifestar sus afectos. Este rasgo fue denominado alexitimia (Romero, 2011).

Sifneos (1972, citado en Romero, 2011) introduce el término *Alexitimia*. La etimología de la palabra señala la ausencia (a) de palabras (lexis) para los sentimientos (timia). Sifneos encontró en un grupo de pacientes psicósomáticos ciertas características comunes: un vocabulario limitado, un afecto inapropiado, una personalidad primitiva y dificultades interpersonales para la comunicación. Se destaca en el paciente psicósomático una marcada dificultad para expresar sus sentimientos, como si no pudieran poner palabras a sus emociones. Liberman (1993) concuerda con el pensamiento de Sifneos sobre la dificultad que presentan los pacientes psicósomáticos para expresar sus sentimientos. Otros rasgos asociados son la dificultad en la simbolización, el pensamiento concreto, la insistencia en fijarse en los eventos externos relegando el mundo interno a un segundo plano y la dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales. Recientemente se han desarrollado escalas para medir la alexitimia y son numerosos los estudios sobre la relación alexitimia-enfermedad psicósomática. Estos estudios revelan los procesos de pensamiento del paciente psicósomático, intentan vaciar la palabra de su significado afectivo (Romero, 2011).

Por otra parte, McDougall (1991) lo expresa como la expulsión fuera de la psiquis de algunos traumas, de un modo que difiere notablemente del estilo de funcionamiento neurótico, no existe en ellos ninguna huella de aquella señal de angustia que permite a la psiquis hacer frente a la situación problemática, es lo mismo que decir que aquellas señales de angustia no habían sido simbolizadas, pues no han sufrido renegación ni represión.

Liberman et al. (1993) postulan que se trata de personas que manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental, que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales, son personalidades con un self ambiental sobreadaptado que no han logrado la articulación adecuada entre maduración y aprendizaje corporal. En ellas el principio de realidad no solo estaría divorciado del principio de placer sino en abierto enfrentamiento. Dentro de esta constelación mental el

síntoma toma características de denuncia del grado de postergación a la que el cuerpo ha sido sometido. Y es un intento de recuperación de la unidad psicosomática. El análisis de estos pacientes demuestra que sufren de represiones masivas, están fuera de contacto con ellos mismos, su vida fantasmática es sumamente primitiva, no hallan ninguna expresión organizada. Sus pocas irrupciones en la vida onírica, demuestran una existencia ahogada. Hay un corte, un abismo que separa a estos sujetos de sus objetos íntimos y de su vida pulsional.

Dan la impresión de repetir incansablemente una situación antigua en la cual el niño ha debido crear un vacío entre él y el otro, negando la realidad de aquel y borrando así los afectos insoportables (McDougall, 1991).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño

El estudio a realizar es de tipo descriptivo y estudio de caso.

4.2 Participantes

Este trabajo se realizó con el caso de Laura, una mujer de 29 años de edad con vitiligo quién fue derivada al servicio de Psicodermatología por su dermatóloga del hospital donde se atendía. Los primeros rastros de la patología comenzaron aproximadamente seis meses antes de que Laura acudiera a consulta dermatológica. Luego cuando las manchas empezaron a crecer y a propagarse en el cuerpo, ella decide hacer la consulta con la especialista.

La paciente estuvo en pareja durante cuatro años y se separó en 2016, Laura tenía junto con su ex pareja un taller, pero luego de la separación él se quedó con todo y ahora ella trabaja como empleada de él. Actualmente vive con sus dos hijos, y su ex pareja y su hijo, a quién ella refiere tratar como un hijo más y ocuparse de él. Ella tiene un dormitorio que comparte con los chicos y su ex pareja tiene un dormitorio separado para él.

La paciente manifiesta problemas referentes al dinero desde la separación, lo cual la angustia, ya que siente que si se va de la casa él no le va a pasar más dinero para sus hijos. Comenta que no tiene amigas ni familia en Argentina, se siente sola y desde la separación está angustiada.

4.3 Instrumentos

El instrumento principal fue la Historia Clínica del caso, la cual fue provista por la analista que lleva el caso, con quién también se realizaron entrevistas informales sobre preguntas que surgían sobre el mismo. Por otra parte, se participó de los espacios de supervisión, donde semanalmente se revisaba el avance de la paciente. La institución brindó material bibliográfico para trabajar en el abordaje del caso que aquí se presenta.

4.4 Procedimiento

Se realizó un seguimiento del caso clínico a través de la recolección de datos surgida de la observación y la participación durante los espacios de supervisión semanal. Los mismos tuvieron una duración de dos horas y media. De la entrevista con la analista se pudieron recolectar datos sobre dudas que iban surgiendo sobre el trabajo en el caso y

que no aparecían en la historia clínica, por lo que dicha entrevista fue de gran ayuda al momento del análisis del mismo, ya que se obtuvo información relevante sobre el caso que no estaba detallada en la historia clínica.

En un encuentro con la tutora de la Institución encargada de los pasantes, se obtuvo información sobre la bibliografía, quién pudo orientar acerca de los autores que tratan sobre psicósomáticas.

5. Desarrollo

5.1 Análisis del Caso

5.1.1 Introducción al Caso Clínico

Laura trabaja en el taller de su ex pareja de 7 a 21hs, de lunes a viernes. Todas las mañanas lleva a sus hijos al colegio y al mediodía les prepara el almuerzo y los va a buscar.

Cursó sus estudios secundarios completos en Bolivia y realizó la mitad de los estudios correspondientes a la carrera de secretaria, la cual comenta que tuvo que dejar ya que no le alcanzaba el dinero para mantenerse, razón por la que se mudó a Chile, donde una tía le había conseguido trabajo en una pequeña empresa que manejaba temas agropecuarios.

En el año 2008 llegó al taller donde trabaja actualmente, estando embarazada de su primer hijo Lucas. Ese mismo año balean a su primer marido y muere, luego de este suceso ella comienza su relación con José (dueño del taller) porque ella cuidaba a su hijo y se había encariñado con él.

Hoy en día está separada de José hace un poco más de dos años, cuando Laura descubrió que tuvo un hijo con otra mujer con la cuál actualmente mantiene una relación. A veces él llega tomado de la casa y la agrede verbalmente, la amenaza con denunciarla por abandono de hogar.

Su padre trabaja arreglando rieles en Bolivia, hablan por teléfono una vez por semana. Su madre falleció cuando ella tenía ocho años, acababa de parir a la hermana más chica y tuvo una infección, tres meses más tarde su hermanita falleció también por una infección. A partir de este momento todos los hermanos fueron criados por los abuelos maternos.

Desde el comienzo del análisis, la analista fue trabajando con Laura cuestiones referentes a su relación con su ex pareja, su rol de madre con sus hijos y deseos personales que involucraban aspectos relacionados a su independización de su ex pareja. Otro aspecto en el cual se puso énfasis fue en trabajar la alexitimia de la paciente, para que fuera logrando expresar sus emociones de manera adecuada.

5.2 Relación de la sintomatología dermatológica con los vínculos familiares

Partiendo del primer objetivo de este trabajo, en el cual se planteó realizar un análisis de la sintomatología de la paciente en relación a sus vínculos familiares, se pueden reflexionar las siguientes cuestiones; la importancia de la historia familiar es de suma importancia a la hora de comprender al sujeto de manera integral, ya que la misma se encuentra cargada de referencias acerca de los orígenes y los acontecimientos que dieron lugar al sujeto que vemos hoy (Freud 1916/1993).

Laura actualmente se encuentra transitando la adultez, es madre de tres niños y en su familia se presentan conflictos referentes a una separación y desacuerdos económicos. Las circunstancias que la paciente atraviesa en este momento, que son las que desencadenan el vitíligo, tienen estrecha relación con situaciones de estrés y sufrimiento familiar que tuvo que transitar en su infancia.

Retomando a Winnicott (1973) quién explica que el recién nacido no posee unidad psíquica al nacer, por lo que en el primer año de vida la diada madre-infante constituye una unidad, en la cual la madre aparece como el único universo del bebé, incluso la intervención del padre se encuentra mediatizada por la madre, se puede pensar que en una familia como la de Laura donde eran muchos hermanos con muy poquita diferencia de edad el equilibrio que debía darse entre una madre suficientemente buena y una madre banalmente dedicada al niño no pudo darse de manera correcta, ya que la madre de la paciente debía en ese momento brindar cuidados primarios al resto de sus hijos que eran pequeños, ocasionando en oportunidades que la madre no pudiera interpretar sus necesidades de manera correcta devolviéndoselas en forma de gratificación. Siguiendo conceptos de este autor que considera de gran importancia las funciones maternas primordiales, se resalta el *sostén* ya que este protege de la agresión fisiológica al infante y toma en cuenta la sensibilidad dérmica del mismo. En base a esto se puede considerar que pudo haber ocurrido una falla en las funciones maternas brindadas a Laura bloqueando el desarrollo y poniendo en riesgo la salud de su psiquismo.

Siguiendo a McDougall (1989) quién considera que la figura materna ocupa un rol trascendental, se observa en este caso a la madre de la paciente rechazando el contacto físico con ella lo que genera consecuentemente en Laura el desarrollo de una independencia precoz a nivel físico y mental.

En su relato acerca de sus vivencias infantiles en relación a su familia, Laura comenta que su madre muere en el parto de su hermana más pequeña cuando ella tenía ocho años dejando a ella y sus hermanos al cuidado de sus abuelos, su padre no podía

criarlos debido a que trabajaba fuera de la ciudad seis días a la semana. Si bien su padre estaba ausente debido a su trabajo, con el cuál mantenía su familia, esto dejó una huella en la paciente, quién afirma no recordar muchas experiencias con su padre. La ausencia de este padre generó una estructura edípica que se incorporó a una organización primitiva en la cual la imagen del padre pudo haber estado deteriorada o completamente ausente (McDougall, 1989). Esto se hace visible en la historia de la paciente cuando se considera que el padre al estar ausente, desempeñó un papel relativamente insignificante tanto en la vida de la madre como en la de ella y sus hermanos.

Luego del fallecimiento de su madre, a quién ella recuerda como una madre afectuosa y exigente, que se ocupaba de brindarles a ella y sus hermanos los cuidados necesarios, se muda a la casa de sus abuelos maternos y pone énfasis al mencionar que su abuela era “mala”, al indagar un poco sobre esto la paciente cuenta que los reprendía mucho cuando las cosas no se hacían exactamente como ella quería, recuerda: “era una maldita, porque si estábamos jugando con el pie ya nos pegaba”. Laura recuerda que sus abuelos maternos no eran personas afectuosas, del abuelo menciona que trabajaba mucho y cuando estaba en la casa leía o se sentaba en la vereda a fumar y en términos de la paciente “no era una persona amistosa”.

Con respecto de la madre de la paciente, y teniendo en cuenta su relato acerca de ella, se puede observar cómo fueron depositadas en la paciente las aspiraciones narcisísticas de los padres, siendo expuesta a exigencias adaptativas intensas desde su primera infancia, debido a esto se deformó la visión del rol de hija, debiendo ocupar el vacío que dejó la muerte de su madre encargándose de sus tareas y exigencias. Resulta importante destacar que la madre al tener que hacerse cargo de tantos hijos pequeños, termina privándolos del contacto emocional (Lieberman, 1993). Esto se puede evidenciar en la falta de dedicación empática privándola del contacto emocional con ella misma y con el padre. A esta madre se la puede conceptualizar dentro del tipo “madre que rebota”, pues se paralizó toda posibilidad de comunicación con su hija cuando ella muere y la paciente y sus hermanos quedan al cuidado de sus abuelos, de esta manera al cortarse el contacto emocional con la madre bruscamente el proceso de discriminación yo no-yo produjo una estructura deficitaria, convirtiéndola a Laura en un adulto en miniatura, sobreadaptada a su medio y con una estructura psicossomática en plena formación.

En referencia a lo propuesto por Lieberman (1993) acerca de la sobreexigencia que reciben los hijos a los cuales sus padres depositan aspiraciones narcisísticas, la paciente debió asumir un rol de madre/cuidadora de sus hermanos desde niña lo que la privó de

vivir las experiencias propias del periodo infantil en el que se encontraba. Laura recuerda que de niña preparaba la merienda a sus hermanos menores con ayuda de su madre, y que ella le decía que debía aprender a realizar esas actividades de cuidados ya que si en algún momento ella no podía cuidarlos o se enfermaba era ella quién debía cuidar a sus hermanos.

La paciente describe a su padre como muy dedicado a trabajar para su familia, sin embargo, comenta que entablaba conversaciones una vez por semana debido a la distancia presente. Las ausencias recurrentes de este importante actor demostrarían un significativo fracaso en su función paterna, resultando ser un padre inoperante que carece de peso y fuerza (Lieberman, 1993). El padre de la paciente nunca tuvo un rol activo en su vida debido a la distancia que los separaba. Ella recuerda divertirse con él en almuerzos familiares el día que él no trabajaba, pero no recuerda de ninguna vez en que su padre haya marcado límites o los hubiera reprendido en caso de ser necesario, incluso si él estaba presente eso lo hacía su madre, y luego su abuela.

En términos de Lieberman (1993) quién propone dos tipos de padres para los pacientes psicósomáticos el padre de Laura quedaría ubicado en el *padre esquizoide* que al estar en carácter de presente-ausente crea situaciones de ambigüedad y desconcierto. El padre de la paciente pudo haber percibido los aspectos patógenos del vínculo de Laura con su madre y tener empatía con su hija, pero al no estar presente no logró imponerse de manera activa para modificar las pautas de interacción en el vínculo, cuestión que luego siguió ocurriendo al morir la madre y los niños se tuvieron que mudar a lo de sus abuelos.

Todas estas vivencias infantiles se registran en Laura como marcas que condicionan sus vínculos familiares adultos, tanto con sus hijos como con sus parejas, recibiendo las exigencias que le imponen sin darse la posibilidad de cuestionarse si son correctas o si debe cumplirlas.

Es posible ver de manera notable como los vínculos que la paciente fue formando desde su nacimiento con su círculo primario fueron marcando sus posteriores relaciones y maneras de vincularse con las personas. La sobreexigencia a la que fue sometida por su familia desde niña generó en ella una falta de deseo, o al menos los deseos que tenía pasaron a segundo plano. Anteponiendo siempre exigencias ajenas. La paciente cuenta en algunas sesiones que recuerda que desde pequeña su madre le decía que ella debía cuidar a sus hermanos y ser responsable, ya que, si bien no era la mayor de todos los hermanos, era la más grande de las dos mujeres. Así la paciente siguiendo los deseos de su madre ayudó con el cuidado de sus hermanos desde niña y al morir su madre siguió haciéndolo,

ya que ella sentía que ese era su deber. Estos padres, como también sus abuelos presentaban falta de empatía con la paciente, tanto de sus emociones como de los acontecimientos que tuvo que atravesar desde su niñez. Ocupar un rol de madre con sus hermanos llevó a la paciente a una confusión en los diferentes roles que tuvo que asumir a lo largo de su vida, en la mayoría de las ocasiones ocupando el lugar que los otros le asignaban o elegían para ella, sin darse lugar a pensar o preguntarse si dichos lugares o roles le correspondían.

Cuando se indaga sobre la relación de la paciente con su primera pareja, el padre de Lucas, relata que con Juan se conocen cuando ella tenía veintiuno y comienza a trabajar en el primer taller, en el mismo había varias habitaciones y ella era amiga de las hermanas de Juan, vivían juntas. En una oportunidad las hermanas de Juan viajaron, y él le dijo que no hacía falta que se cambie de habitación si total ya se conocían, así fue como empezaron a salir. Comenzaron a vivir juntos y a los seis meses Laura queda embarazada luego de haber estado un tiempo buscando. Estos datos muestran como el inicio de la relación surge a causa de una propuesta y deseo en el otro, la cual ella acepta, pero en un principio nunca se cuestionó si comenzar esa relación era algo que ella deseaba o simplemente se adaptó a la situación.

En el transcurso de las sesiones se comenzó a tratar el tema referente al dinero que José debía pasarle a Laura por sus hijos. Hasta entonces el dinero para la comida y para las necesidades de los niños salía del sueldo que Laura cobraba por trabajar en el taller. Laura comenta que el hermano de José le recomendó un abogado para que vaya a averiguar por las cuestiones referentes a la separación. En la próxima sesión Laura llega con Valeria su hija más chica diciendo que la trajo porque no quiso quedarse en la casa. Se le preguntó cuando tiene la audiencia con José por la mensualidad de los niños y responde que el mes siguiente. A partir de este momento se comienzan a trabajar los lugares que tanto ella como su ex pareja deben ocupar en cuanto a sus roles como padres de los niños y lo que le corresponde a cada uno.

Al repetirse varias veces la situación en que la paciente llega al consultorio con su hija, se interroga el motivo y Laura manifiesta que a veces ella quiere acompañarla y otras veces no tiene con quién dejarla. Algunas veces que necesita ayuda con los niños la recibe de un primo de su ex pareja.

Se intenta armar la historia de la relación con José hasta la separación y Laura recuerda que José quería tener un hijo para que ella no se aleje de él, expresa que le rogaba que le diera un hijo. La paciente afirma que no tenía deseos de tener otro hijo y en ese

momento acudió al hospital donde le dieron anticonceptivos, pero José las encontró y se las tiró a la basura. Luego del nacimiento de Valeria volvió a ir al hospital y pidió que le aplicaran las inyecciones a escondidas. Se le pregunta si alguna vez José la forzó a tener relaciones, pero ella contesta que no. En 2016 ella se entera que él tiene un hijo recién nacido con otra mujer y se separa de él. La relación que se había establecido entre ellos le daba a él un lugar de poder en el cual él decidía absolutamente todo; José decidió el momento en que comenzaron a salir y así como el momento en que ella debía darle un hijo, aunque en ese momento Laura manifestó el no querer otro hijo, ella queda embarazada porque él así lo quiso. La paciente se hizo cargo del hijo de José de manera cariñosa y lo trata como un hijo propio, incluso cuando ella se refiere a “sus hijos” habla de los tres niños, no solo de Lucas y Valeria que son sus hijos biológicos. Se fue trabajando a lo largo de las sesiones como ella responde ante el autoritarismo de José, al comienzo Laura no lograba imponer su opinión respecto de las cosas y siempre decidía callar si ante alguna petición él respondía que no. Con el paso del tiempo Laura fue logrando sentirse más empoderada de la situación y en su rol como madre, exigiendo lo que correspondía para los chicos, y esto se pudo ver cuando ella contactó al abogado y pidió las audiencias.

Durante el análisis la relación con José se va modificando a medida que transcurre el tratamiento ya que Laura comienza a tomar una postura más firme respecto de su rol de madre y lo que debe exigirle a él como padre, él ante los pedidos de Laura no responde instantáneamente, pero con el tiempo va logrando cumplir con dichas obligaciones. Laura logra poner énfasis en que están separados y que él no debe inmiscuirse en su vida privada, así como ella no lo hace en la de él.

5.3 Relación de la sintomatología dermatológica con los sucesos traumáticos

En el análisis del segundo objetivo busca establecer la relación entre la patología que trae la paciente y los sucesos traumáticos vivenciados desde la infancia hasta el momento.

Partiendo desde el inicio, la paciente pierde a los ocho años a su madre y dos meses después a su hermana recién nacida. Ambas mueren por una infección producto del parto. Al quedar al cuidado de su abuela quién era una mujer muy dura que no mostraba afecto, Laura no tuvo alguien que pudiera devolverle significado a sus emociones, quién le permita historizar y duelar esta situación. Esto representa una falla en el sostén que deja al cuerpo sumergido en completa indefensión (Winnicott,

1964/1993). La incapacidad de historizar en la paciente se ve claramente en sus relatos cuando se le pregunta cuantos años vivió con sus abuelos y cuánto tiempo estuvo en Chile, de esto le cuesta recordar el tiempo exacto y en otros relatos tiene inconvenientes para recordar el orden en que sucedieron algunos acontecimientos. La paciente recuerda que en el momento en que debía procesar el doble duelo de su madre y hermana, tuvo que asumir un rol con sus hermanos que la ubicó en lugar de protectora, no de hermana, quitándole la posibilidad de atravesar este duelo de manera correcta ya que en sus palabras: “debía ser fuerte por mis hermanos”.

Esto se va a repetir en los siguientes duelos que ella tenga que atravesar y elaborar, donde no se permite la correcta elaboración del proceso de duelo y en aquellas situaciones donde la pulsión no es reducida, puede ingresar al terreno de lo no representable; siguiendo un camino por la vía sintomática de compromiso, donde la pulsión no es abreaccionada mediante el acto si no que regresa al cuerpo generando una enfermedad somática (Freud, 1915/2006).

A lo largo de su vida la paciente tuvo que enfrentar varios duelos, dejó su país natal para poder estudiar una carrera que le gustaba, la cual no pudo concluir ya que debió regresar a Bolivia para cuidar de sus hermanos menores. Luego se mudó a Argentina donde conoció al padre de su primer hijo y a quién perdió de manera inesperada por un tiroteo a la salida de un bar. Un día Juan se fue a un bar y a la salida le dieron tres balazos, al enterarse Laura la situación lo va a buscar al hospital pero al llegar le informan que ya había fallecido. Luego de esto estuvo muy triste y quiso volver a Bolivia, pero uno de sus tíos le consiguió trabajo en el taller de José y le dijo que mejor se quedara en Argentina porque en Bolivia la iban a tratar mal por ser madre soltera. Comenzó a trabajar en este taller, donde actualmente vive, pero no se sentía cómoda, entonces comenzó a trabajar en la casa de Sonia, una mujer de Bolivia que le había dado su primer trabajo en Argentina. Laura tuvo que pasar por ese duelo estando embarazada, lo cual hizo que ella no pudiera brindarse el tiempo necesario para duelar la muerte de su marido ya que debía estar bien por su bebé.

El vitíligo aparece por primera vez cuando ella se separa de su segunda pareja al enterarse que él había formado otra familia. Esto despierta en Laura sentimientos de abandono y se registra así otro duelo más, el que enfrenta ante la separación. En esta ocasión a causa de su enojo decidió irse de viaje a Bolivia con sus dos hijos. Comenta que en el momento en que decidió irse no sabía si iba a regresar, pero luego de pensarlo allá iba a “estar mal vista” por ser madre soltera y en Argentina al menos tenía un trabajo

con el que le daba de comer a sus hijos, además también manifiesta haber sentido pena por el hijo de su ex pareja a quién no podía llevarse con ella y lo quería como un hijo propio.

Las situaciones traumáticas registradas en la temprana infancia en Laura pudieron afectar al yo temprano, afectando el procesamiento pulsional. La falla producida en este procesamiento es propia de las afecciones psicósomáticas (Freud 1915/2006).

Los síntomas del vitíligo en la paciente fueron disminuyendo a medida que avanzaba el análisis, aunque ella registraba que, ante situaciones de gran estrés, reaparecían. Estas situaciones generalmente tienen que ver con cuestiones referidas a su familia y discusiones con su ex pareja por la manutención de los niños. También se registraron otras situaciones que se incluyeron dentro de los sucesos traumáticos que Laura tuvo que atravesar, como la muerte de su abuela paterna a quién ella quería mucho y no pudo despedirse porque su familia le avisó unos meses luego del fallecimiento.

La carga generada por las emociones mal tramitadas y escasa o incorrectamente elaboradas e integradas por las funciones mentales se comprometen rápidamente por la vía corporal, asimismo esto ocurre poniendo al cuerpo en el lugar de depositario de los fenómenos pulsionales que se desataron, y las pulsiones al no poder ser metabolizadas por la vía mental, emprenden la vía de los órganos (Marty, 1967), que en el caso de la paciente se manifiestan a través de esta patología dérmica que es el vitíligo.

En articulación a la carencia de vivencias predominantemente buenas y la presencia de las vivencias traumáticas de la paciente en su niñez y en su edad adulta McDougall (1991) ha explicado, que el comportamiento de las personas se caracteriza por la satisfacción empática de las necesidades elementales de atención y el resultado serán las representaciones objetales investidas libidinalmente, luego de la internalización de experiencias predominantemente buenas. Con esto queda garantizada no solo la sobrevivencia, sino también una vida con una relativa confianza en el entorno. Y si faltara esa relación suficientemente buena y en su lugar existe un comportamiento frío, distante, carente de afecto o por el contrario un comportamiento invasor por parte de las personas de referencia decisivas, la existencia se ve amenazada de inmediato y se puede no solo temer la muerte física sino también el aniquilamiento psíquico.

De esta manera la paciente debió atravesar repetidas situaciones de duelo y otros sucesos traumáticos desde su infancia y la manera en que los transitó fueron claves para el posterior desencadenamiento de su patología. Las situaciones traumáticas son vividas como un estado de desvalimiento ya sea que ocurran debido a un estímulo externo que

genera un dolor que no cesa o a la imposibilidad de tramitar una exigencia pulsional, esto provoca en la vida anímica un exceso en la intensidad del estímulo que la tramitación por las vías habituales fracasa generando así en la paciente trastornos en su psiquismo.

El modo en que las funciones mentales fueron tramitando los sucesos traumáticos que Laura tuvo que atravesar, comprometieron la vía corporal, convirtiendo su cuerpo en depositario de las pulsiones mal tramitadas generando la predisposición de un potencial desencadenamiento de la enfermedad psicósomática mencionada.

Si bien el vitíligo no se desencadenó hasta la adultez, la paciente recuerda en análisis de otras circunstancias y acontecimientos en que tuvo algunas alergias en la piel, que luego de pasadas las situaciones estresantes desaparecían. A pesar de estas señales Laura no realizó ninguna consulta médica respecto de dichas “alergias” ya que menciona que no fue sino hasta ahora que logró establecer alguna relación entre estas ronchas y los acontecimientos sucedidos. Esto evidencia la predisposición de la paciente a somatizar ante situaciones traumáticas o eventos estresantes. Al trabajar sobre estas cuestiones que involucran al cuerpo, la paciente manifiesta temor respecto de su salud al acercarse su cumpleaños número treinta, recuerda que a esa edad murió su madre y teme que pudiera sucederle lo mismo, al indagar un poco sobre esto ella comenta que dos de sus tías casi fallecen a la misma edad y una de sus primas también. En relación a esto su padre también le dice que se cuide y no quede embarazada ya que teme que pudiera sucederle lo que le pasó a su madre, por este motivo la paciente realiza visitas a otros médicos por chequeos oftalmológicos y hematológicos, pero luego no sigue las indicaciones médicas de manera adecuada y responsable, por lo cual es necesario revisarlo y tratar el tema en varias sesiones. Así parte del trabajo que la analista fue realizando con Laura tuvo que ver con el cuidado personal y lo referente a su propia salud, ya que ella cuidaba mucho ese tema con respecto a los chicos, pero en lo personal muchas veces se descuidaba, siempre se repasaban los turnos médicos pactados y se insistía en corroborar que hubiera asistido y cuáles eran los pasos a seguir indicados por los especialistas, buscando de esta manera que la paciente lograra cuidarse un poco más en lo personal y relativo a su salud.

5.4 Relación de la patología dérmica con la alexitimia

Como último objetivo este trabajo se plantea analizar la relación que hay entre la alexitimia y la patología dermatológica. Se toma la alexitimia como característica común presente en los enfermos psicósomáticos.

En la primera sesión Laura se presenta en el consultorio del hospital en el horario pactado. Se la observa callada y tímida, se le comenta que se leyó su entrevista de admisión y se le propone que comente que la trae a análisis. La analista no recibe respuesta verbal, solo una tímida sonrisa, por lo que procede a preguntarle dónde tiene las manchas del vitíligo. La paciente cuenta que tenía una mediana en el entrecejo, aunque actualmente casi no quedan rastros de la misma, y ahora tiene una mancha grande en la espalda sobre las vértebras cervicales y dorsales. Se puede observar en la paciente, desde la primera sesión y durante el transcurso del análisis un discurso alexitímico, en el cuál a pesar de los evidentes sucesos traumáticos que vivió, y de manifestar sentirse triste, pareciera no encontrar palabras para expresar sus emociones y una dificultad para manifestar los mismos. La paciente al contar los acontecimientos, parecían estar desafectivizados, un ejemplo presente en una de las sesiones, Laura cuenta sobre la muerte de su abuela paterna, con quién ella tenía una estrecha relación y de quién no pudo despedirse debido al aviso tardío de su familia, en este relato la analista pregunta cómo se sentía respecto de esa situación y si bien la paciente manifiesta sentir tristeza y un poco de enojo con su familia, estas emociones son imperceptibles en ella, motivo por el cual se trataba en análisis de indagar acerca de los sentimientos de la paciente sobre dichos acontecimientos o trataba de poner en palabras algunos sentimientos para la paciente.

Así mismo, en Laura no se puede ver huella alguna de la llamada *angustia señal* nombrada por McDougall (1991) que le permitiría hacer frente a la situación problemática que se presente. En el curso del tratamiento la paciente relató diversas situaciones en las cuáles se enfrentó a circunstancias problemáticas en las cuáles se sintió enojada o angustiada y sin embargo no pudo tomar una actitud que le permitiera hacer frente a dichas situaciones. Se considera que la alexitimia cumple ante todo una función defensiva en estos pacientes, la cual remonta al sujeto a una fase del desarrollo donde la diferenciación que se da entre sujeto y objeto todavía no es estable y puede generar angustia. La analista de la paciente menciona en una de sus observaciones: “contado con un poco de angustia y enojo, pero casi imperceptibles”, dando cuenta de la dificultad manifiesta de Laura para poner en palabras sus emociones, solamente cuando la analista hacía mención a como la paciente podría sentirse respecto de determinadas situaciones que relataba, ella lograba reconocer la existencia de ese sentimiento y en algunas ocasiones expresarlo por medio de expresiones corporales o cambiando el tono de voz.

Otra característica ligada a la alexitimia que presenta Laura y que es común de los pacientes psicósomáticos es lo que Liberman et al. (1993) denominaron sobreadaptación

a la realidad ambiental. En esta paciente se puede ver de manera clara como desde su infancia fue atravesando circunstancias que la llevaron a vivir de manera sobreadaptada. En una de las sesiones, la paciente cuenta que su padre la llama para saludarla por su cumpleaños diciéndole que nunca cambie, a esto se le pregunta a que se refería su padre y ella contesta: “cuando era chica siempre estaba contenta, aunque estuviera triste sonreía”, este es un ejemplo simple en el que es posible visualizar como la paciente desde su niñez vivió sobreadaptándose a las situaciones que le tocaron vivir. Laura en ningún momento se cuestionó las circunstancias que debió atravesar, por lo que no fue capaz de rechazar dichas imposiciones y esto se vio reflejado también en su vida adulta. Las dos relaciones de pareja que la paciente tuvo en su vida adulta surgieron por deseo de sus partenaires quienes realizaron la propuesta, las cuáles ella aceptó sin cuestionarse en ningún momento si estaba en su deseo formar una pareja con esos hombres. Ella manifiesta recordar ocasiones en la que un jefe o incluso otras personas la trataron mal y ella no pudo defenderse en ese momento. En una de las sesiones comenta que ella trabajaba en una casa como doméstica y su jefe la trató mal, hoy se cuestiona su reacción en ese momento y dice que le tendría que haber contestado, la analista le pregunta que sintió en ese momento y Laura dice que no recuerda pero que al pensar en aquella situación “le duele”.

Cuando la paciente comienza su relación con su segunda pareja ella manifestó no querer más hijos, motivo por el cual pidió anticonceptivos en el hospital, él los encuentra y se los tira, le dice que él quiere un hijo, a lo cual ella no responde y un tiempo después queda embarazada de su segunda hija. Con su ex pareja se dan varias situaciones en que ella acepta sus condiciones sin cuestionarse o imponer su voluntad, las que constituyen ejemplos claros de una persona sobreadaptada.

Al inicio del tratamiento Laura comenta su situación de vivienda familiar, diciendo que no está conforme con la misma, pero la aceptaba sin plantearse cambiarla. Esto también es un ejemplo en el cual se observa la sobreadaptación, ya que, si bien la paciente puede expresar incomodidad y disgusto al tener que compartir vivienda con su ex pareja y su dormitorio con sus tres hijos, no se permite imaginar al menos desde la fantasía, una situación distinta para ella y sus hijos. Luego de la finalización del tratamiento hospitalario y en la continuación del mismo de manera privada ella expresa su deseo de tener una casa solo para ella y sus hijos donde ellos tendrían una habitación separada, algo que ella expresa que “le genera ilusión”.

Se pudieron registrar en la paciente durante el transcurso del análisis represiones masivas y falta de contacto con ella misma (Lieberman et al., 1993). En los relatos que la paciente llevaba a las sesiones se observó como desde su infancia nunca logró conectarse con sus deseos y aspiraciones, en el momento en que se mudó de país para emprender una carrera la dejó porque su padre le pidió que regresara para cuidar a sus hermanos; luego de la muerte de su primera pareja quiso volver a Bolivia con su familia, pero se quedó en Argentina porque su padre le dijo que no le convenía volver siendo madre soltera. Los deseos que la paciente pudiera tener a lo largo de su vida fueron desechados por los otros y ella aceptó esto sin cuestionamientos llevándola a una falta de conexión con ella misma. Esto fue mejorando a través del proceso analítico y luego de un año de análisis se puede observar como Laura, se conecta un poco más con sus sentimientos tomando un rol activo en las decisiones de su vida personal.

De esta manera, se observa como durante el proceso de análisis la paciente va logrando poner en palabras sus emociones y hacer reclamos respecto de sus disgustos. Ejemplos de esto se manifiestan cuando ella comienza a buscar alternativas y le dice a su ex pareja que le va a cobrar por cada prenda que realice, que ya no va a trabajar más por el pequeño sueldo que él consideraba darle mensualmente, esta actitud despertó en la paciente la idea de ponerle un precio a su trabajo, un valor a cada cosa que realizaba, valorándose a sí misma y a su trabajo. Al aceptar José esta propuesta y pasarle además el dinero para los chicos Laura se fue sintiendo con más coraje para tomar una postura más firme respecto de sus deseos. Asimismo, en otras ocasiones ella expresa su enojo en relación a la actitud del padre de sus hijos y le reclama el rol que él debe ocupar. En una de las sesiones la paciente dice: “Ahora no, ya tengo mis treinta. Ahora ya no me callo, me siento más fuerte, le contesto y hasta le digo *te estoy hablando*. Ahora no quiero nada con él, quiero que les dé a mis hijos por igual”. Este cambio en las actitudes de la paciente representó un gran avance analítico el cual permitió que Laura lograra conectarse un poco más con sus emociones y en base a las mismas tomar decisiones para su vida personal.

Los pacientes con enfermedades psicosomáticas comparten varias características, entre las cuáles se destacó en este trabajo la alexitimia ya que en Laura está muy marcada y es la que primero se observa al escuchar a este tipo de pacientes. Si bien a lo largo del tratamiento se fue trabajando acerca de ponerle palabras a sus sentimientos, manifestar emociones al contar los relatos que llevaba a las sesiones se le dificultaba mucho. Asimismo, también se puso énfasis en trabajar acerca de la sobreadaptación y la

sobreexigencia ya que eran dos factores característicos en la paciente que no le permitían conectar con sus sentimientos y deseos, llevándola a actuar en base al deseo de los otros.

La alexitimia es una de las características que más impacta al escuchar a un paciente con una enfermedad psicosomática ya que sus relatos parecen estar completamente desafectivizados y no producirles emoción alguna. En las admisiones en el hospital se pudo presenciar esta característica en todos los pacientes que concurrían a las admisiones, en algunos mucho más marcada que en otros. La mayoría de los pacientes relataban situaciones muy traumáticas como violaciones, abandonos, enfermedades crónicas de los hijos, pérdidas de familiares cercanos y sin embargo parecían estar desconectados de la historia, como si esta les fuera ajena, solamente en el momento en que la psicóloga admisorra comentaba “me imagino que habrá sido una situación muy difícil y angustiante para vos” algunos de los pacientes lograban mostrar alguna emoción al respecto, muchas veces solo un tímido “sí” encogiendo los hombros, de la misma manera que se observó en varias de las sesiones de Laura.

En el trabajo realizado en análisis con Laura se fue tratando de cargar de afecto los relatos, en el transcurso del análisis se vio una mejoría leve respecto de la alexitimia y la paciente fue logrando expresar sus emociones en relación a los relatos que llevaba a sesión y los temas que allí se trataban.

6. Conclusiones

A lo largo de este trabajo fue posible, observar, analizar y comprender en forma práctica el proceso analítico de una paciente con vitíligo.

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación que se establecía entre la enfermedad dermatológica y factores como los vínculos familiares, los sucesos traumáticos y la alexitimia en la paciente.

En el primer objetivo se analizó el trabajo que se realizó en relación a los vínculos familiares y la patología dérmica de la paciente. En referencia a este objetivo cabe destacar la importancia del trabajo de la analista respecto de los roles que Laura ocupaba en sus relaciones vinculares, donde se ven muy marcadas dos características de gran importancia en los pacientes psicósomáticos como la sobreexigencia y la sobreadaptación. Durante el proceso, se ve como la paciente va tomando una posición más activa respecto de sus roles y va pudiendo diferenciar los roles que le corresponden y los que no. Así mismo logra establecer una diferenciación entre su trabajo en el taller de su ex pareja y su rol de padres; comienza a exigir que él se haga cargo de los niños en lo económico. Respecto de sus relaciones vinculares la paciente siempre se adaptó a cumplir el deseo del otro, dejando por fuera los suyos, incluso sin dar lugar a pensar en sus propios deseos. El trabajo de la analista se centró en trabajar con la paciente sobre sus propios deseos y fantasías, dándose a ella un lugar primordial en su vida y en sus relaciones. A través del trabajo realizado en el análisis con la paciente se pudo apreciar la importancia de los vínculos tempranos con los padres para la constitución del aparato psíquico, los autores tomados tienen distintas concepciones, pero todos coinciden en la importancia del vínculo primario y cómo este afecta luego las relaciones de las personas al transitar la adultez.

El segundo objetivo analizó la relación que existe entre los sucesos traumáticos y la patología presente. En este plano se trabajó sobre duelos no tramitados. La paciente atravesó desde su niñez varios duelos los cuáles no fueron elaborados de la manera correcta, como la muerte de su madre, momento en el cuál ella asumió un rol de cuidadora de sus hermanos y no se permitió transitar el duelo debido a que tenía que estar bien por sus hermanos menores. El abandono de su carrera universitaria para volver a cuidar a sus hermanos también fue un duelo que la paciente atravesó sin lograr elaborarlo de manera correcta, su deseo en ese caso quedó en segundo plano y no podía cuestionarse al respecto. Estando embarazada de su primer hijo, matan a su pareja quedándose sola en un país extranjero, lejos de su familia y afectos, en esta ocasión la paciente expresa haber sentido

tristeza, pero al mismo tiempo relata que no se permitió llorarlo ya que debía ser fuerte. Otro de los duelos importantes en la vida de la paciente fue la muerte de su abuela paterna a quién ella tenía gran cariño y de la cuál no pudo despedirse ya que su familia le aviso unos meses tarde. Respecto de los sucesos traumáticos el trabajo de la analista estuvo centrado en reconocer la importancia de transitar los duelos de manera correcta, dando lugar a los sentimientos que surgen en cada uno de los mismos.

El tercer objetivo que se analizó en este trabajo fue la relación entre la alexitimia y la patología de la paciente. Al inicio del tratamiento la paciente mostraba una alexitimia muy marcada, su discurso estaba desafectivizado, al relatar sus vivencias lo hacía con expresión monótona y vacía de emociones. A Laura le costaba mucho expresar sus emociones respecto de las circunstancias que le tocaban transitar en su vida o incluso de experiencias pasadas. Durante el proceso analítico se puede observar claramente como la analista busca ponerles emociones a los relatos por medio de la palabra, lo que consecuentemente va despertando en Laura que ella pueda ponerles también palabras a sus emociones y expresar como se siente respecto de los acontecimientos que va trayendo al análisis. El trabajo realizado respecto de esta característica fue de gran importancia en la vida de la paciente, ya que le permitió reconocer lo que realmente sentía en diversas circunstancias y expresar dichas emociones.

Al realizar este trabajo se encontraron ciertas limitaciones al momento de realizar el análisis del desarrollo. Los pacientes con patologías psicósomáticas tienen un discurso muy acotado, por lo cual, si bien el material que brindó la analista correspondía a un año de análisis resulto ser muy escueto, de modo que la extensión del trabajo se vio afectada.

A modo de reflexión sobre la limitación planteada cabe pensar que en este tipo de pacientes quizás sea de mayor conveniencia elegir un caso con un tiempo de análisis mayor a un año, para poder disponer de más material al momento de analizarlo.

En el caso analizado se pudieron observar características planteadas por los autores citados en el trabajo como comunes a los pacientes con afecciones psicósomáticas. Entre las cuáles se destacan la alexitimia, sobreadaptación al medio ambiente y sobreexigencia. Estas características planteadas por los autores se observaron también en todos los pacientes que concurrieron al servicio de Psicodermatología en el hospital al momento de la realización de la práctica profesional.

Resulta importante destacar la importancia del tratamiento analítico en las enfermedades psicósomáticas de manera conjunta con el tratamiento médico, ya que ninguno anula al otro, por el contrario, es necesario que ambos se lleven a cabo en

simultaneo para poder obtener mejores resultados. Esto se vio manifestado por Laura quién al finalizar los seis meses de tratamiento hospitalario decidió continuar el tratamiento de manera privada, ya que expresó sentirse mejor desde el inicio del tratamiento analítico. Si bien continúa teniendo una mancha sobre las vértebras cervicales, esta disminuyó en tamaño. La de la cara se disipó y no volvieron a salirle nuevas manchas. En patologías crónicas como el vitíligo, es de suma importancia para el paciente calmar y disminuir el avance de los síntomas, si bien el vitíligo no presenta dolor ni molestias al paciente la estigmatización social que estos sienten debido a las manchas en la piel es grande, información que me parece importante destacar ya que se relaciona de manera directa con el estado anímico del paciente. La desaparición de las manchas visibles contribuyó al fortalecimiento de la autoestima de Laura, permitiéndole avanzar en el tratamiento analítico.

Se considera que el estudio de las afecciones psicosomáticas abre una ventana de trabajo interesante junto a la medicina, ya que se pudo observar tanto en este caso en particular como en otros vistos en el hospital, que la mejoría de estos pacientes es mucho más efectiva si se combinan ambos tratamientos en vez de brindar solo uno.

Por medio de este trabajo cabe destacar la importancia de utilizar la teoría y clínica psicoanalítica a la hora de tratar afecciones psicosomáticas. La inclusión de autores más contemporáneos a Freud y Lacan resulta sumamente importante ya que fueron los que desplegaron de manera más ampliada los estudios sobre este tipo de patologías. Es por esto que la integración de los diversos autores y líneas dentro del psicoanálisis es necesaria para poder comprender la problemática del paciente de manera integral, tanto desde lo estructural, como en relación a los distintos escenarios transitados a lo largo de su vida que incluyen, sus vínculos, traumas y características particulares que tienen que ver con la patología presente.

El área de las enfermedades psicosomáticas en psicología no es de las más populares y en esta experiencia, la realización de este trabajo despertó real interés sobre las mismas, por lo cual resulta de gran importancia destacar que es un área que debe seguir explorándose y en la cual se debe seguir ampliando el conocimiento en vistas de poder brindar a estos pacientes mejores posibilidades de atención interdisciplinaria para sus respectivas patologías, contribuyendo a mejorar su estilo de vida.

7. Referencias Bibliográficas

- Freud, S. (1908/1979). *La novela familiar de los neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2006). *Pulsiones y destinos de la pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916/1993). *Los caminos de la formación del síntoma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/2006). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1932). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940). *Esquemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gauchet, M., Swain, G. (2000). *El verdadero Charcot*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Green, A. (1972). *La Metapsicología revisitada: notas sobre procesos terciarios*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (1983/2005). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1958-59). Seminario 5: *Las formaciones del inconsciente*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1962) “*Escritos II*” Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1964). Seminario 11: “*Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*”. Paidós Ed. Bs. As.
- Lacan, J. (1975). *Conferencia en Ginebra Sobre el Síntoma*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Liberman, D. (1993). *Del cuerpo al símbolo*. Buenos Aires: Paidós.
- Liberman, D., Grassano, E., Neborak, L., Pistiner, L. & Roitman, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Chile: Ananké.
- Liberman, D. Grassano de Píccolo, E. Neborak, D. Dimant, S. Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1993). *Del cuerpo al símbolo sobre adaptación y enfermedad psicosomática*. Santiago de Chile: Ananké.
- Marty, G. (2013). *La Investigación Psicosomática*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Marty, P. (1967). *La investigación Psicosomática*. Barcelona: Luis Midacle.
- Marty, P. (1990). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. & De’Uzan, M. (1983). *El pensamiento operatorio*. Revista de Psicoanálisis: APA, 40 (4), 711-724.

- McDougall, J. (1982) *Alegato por una cierta anormalidad*. Petrel: Barcelona, España.
- McDougall, J. (1988) “*Un cuerpo para dos*” Ed. Julián Yebenes S.A., Madrid.
- McDougall, J. (1989). *Un cuerpo para dos*. Buenos Aires: Lugar
- McDougall, J. (1989) “*Teatros de la mente, ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*” Ed. Julián Yebenes S.A., Madrid.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes.
- McDougall, J. (2004). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Romero. M.D (2011) Trastorno psicossomático, una lectura analítica. En *Memorias del Tercer Congreso internacional de investigación*. Universidad de la Plata 170-172.
- Szapiro, L. “*Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático*” Ed. Grama. Segunda edición. Buenos Aires 2011.
- Winnicott, D. (1971). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudio para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1973). *Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1964). *Elementos Positivos y Negativos de la Enfermedad Psicossomática*
- Winnicott, D. (1964/1993). *Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicossomática. Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.

