



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica

Taller de trabajo final de integración

Alopecia: descripción y tratamiento

Autor: Beatriz Montenegro

Tutor: Lic. Fabián Araujo

Alopecia: descripción y tratamiento	1
1. INTRODUCCION.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivos Generales.....	3
2.2. Objetivos Específico.....	3
3. MARCO TEORICO.....	3
3. 1. Sigmud Freud.....	4
3.2. Joyce McDougall.....	7
3.3. Pierre Marty.....	10
3.4. David Liberman.....	12
3.5. Marta Bekei.....	16
3.6. Donald Winnicott.....	21
4. METODO.....	24
4.1.Tipo de estudio.....	24
4.2. Participante.....	25
4.3. Técnicas.....	25
5. DESARROLLO.....	31
5.1. Condiciones del tratamiento.....	32
5. 2. Material clínico.....	32
5.3. Análisis del caso P.....	32
6. CONCLUSIONES.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33

1. Introducción

Este trabajo surge como resultado de la integración de la teoría y la praxis de la currícula de la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo y de 320 horas de práctica profesional realizadas en una institución que cuenta con una amplia trayectoria en diferentes especialidades dentro del campo de lo Psicosomático tanto en la clínica Hospitalaria como también en su propia red asistencial. Es en dichos espacios en que los terapeutas que pertenecen a la institución desarrollan su formación clínica. Se constituyen diferentes equipos de trabajo definidos a partir de las diferentes especialidades. Asimismo, cada equipo desarrolla tareas ligadas a la atención clínica, la docencia y la investigación.

La dinámica del tratamiento consiste en la derivación del paciente a uno de los profesionales integrantes del equipo por un tiempo estimado de 8 meses. Esta atención terapéutica se realiza gratuitamente en los consultorios de un hospital público. Finalizado dicho período se lo invita a pasar a una Red Comunitaria, con atención en consultorios externos y privados, con tarifas reducidas. Los tiempos de hospital y de Red son similares en todas las patologías y la modalidad de trabajo es la interconsulta para lograr un tratamiento integral.

Se considera que el paciente con una afección psicosomática trae consigo un déficit en la constitución de su narcisismo, ya sea por falta o por exceso, desarrollado en sus primeros años de vida; así como una falla en el vínculo primario que se manifiesta somáticamente ante la imposibilidad de hacerlo simbólicamente.

Dentro de las enfermedades psicosomáticas se encuentra la alopecia, la cual no es un problema muy conocido por los psicoterapeutas a pesar de ser un fenómeno frecuente, pero tampoco bien aclarado para los dermatólogos.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- El objetivo general de este trabajo será relacionar desde la teoría psicosomática los acontecimientos desencadenantes de la alopecia y la estructura de la personalidad relacionada con el caso.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar en el caso cual es la vivencia traumática que provoca el fenómeno psicosomático.
- Analizar características de la estructura de personalidad psicosomática vistas en el caso.
- Describir las intervenciones dadas en el tratamiento.

3. Marco Teórico

El término psicosomático viene del griego *psyché*= alma y *soma* = cuerpo. Sócrates y sus discípulos creían en la idea de que el hombre sería constituido no solamente de un substrato material, el cuerpo y sus funciones, sino también de una esencia inmaterial, vinculada a los sentimientos y a la actividad del pensamiento, el alma.

Hipócrates (padre de la medicina) introdujo la idea de unidad funcional del cuerpo, donde *psyché*, alma, ejerce una función reguladora. Él consideraba al hombre como una unidad organizada, pero pasible de desorganizarse, y tal desorganización contribuiría a una emergencia de una enfermedad. Hipócrates resaltaba la importancia de la observación clínica y de la anamnesia; el enfermo debería ser visto en una dimensión histórica (el pasado, el presente y su futuro).

El vitalismo fue a la inspiración de la noción de psicosomática. El término psicosomático fue introducido en la medicina en 1818, por el psiquiatra Heinroth, para expresar la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer, posteriormente creó el término

Somatopsíquico (1828), para caracterizar las alteraciones evidenciadas en el cuerpo como reflejo del psiquismo. Groddeck (1923) marca el nacimiento de la psicósomática moderna, afirmando la importancia del psiquismo en las enfermedades orgánicas. Franz Alexander (1929) de la Escuela Psicósomática de Chicago, es quien da un nuevo significado a la Medicina Psicósomática, definiéndola como el estudio del fenómeno psicósomático que es la modificación operada por la acción de un agente psíquico.

La mayoría de los pioneros de la psicósomática fueron oriundos del movimiento psicoanalítico, seguidores de Freud, se interesaron en estudiar algunas enfermedades orgánicas, tales como: asma, alergias, jaquecas etc. y la estrecha relación entre conflictos emocionales específicos, y estructuras de la personalidad y esos tipos de enfermedades somáticas. En la década de los 40 emergieron las vertientes psicofisiológicas, las del campo de la psiconeuroinmunología, neuropsicoinmunología, intentando encontrar respuestas para el enigma de la mediación psicósomática de la relación entre emociones y el enfermar, y de los pasajes entre el cuerpo y psique.

En este trabajo se desarrollaran algunas nociones de Freud y concepciones post freudianas basadas en fallas funcionales y estructuras de personalidad.

3. 1. Sigmund Freud

Se seleccionaron algunos textos con el fin de hacer un recorrido panorámico de la teoría freudiana y su conexión con la psicósomática.

En primer lugar vemos que en el paciente psicósomático encontramos una afección en el soma no mediatizada por lo psíquico. El cuerpo queda a cargo de responder. Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicósomática, sin duda él fue su inspirador al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos. Desde el psicoanálisis vemos que la medicina psicósomática combina y armoniza la psique con el soma, el psicoanálisis marca un abismo entre ambos conceptos. Freud (1896) llamó a esta brecha, factor sexual, tensión sexual que, desviada de lo psíquico cae sobre lo somático. Hay un cuerpo sexual que daña al soma. Este cuerpo real de la angustia estalla en el organismo produciendo toda clase de alteraciones

desde una disnea a una alopecia. Freud en un primer momento las llamo neurosis de angustia, mas tarde neurosis actuales. Los afectos pasan a ser con frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, como de enfermedades de otros órganos. Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. Cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas.

Freud hace una diferencia entre la histeria y las neurosis actuales; decía que los síntomas de la neurastenia: cefaleas, dolores difusos, trastornos digestivos, indiferencia y tristeza, carecían de significados psíquicos primarios, dado que eran procesos corporales en cuya génesis, faltaban los complejos mecanismos anímicos de la psiconeurosis. Todos los historiales freudianos de 1905 a 1909, abundan en ejemplos a veces muy mezclados entre lo conversivo y las neurosis actuales.

En 1905 habla sobre psicoterapia y amplía estos conceptos diciendo que los afectos depresivos, podían ayudar a enfermar a individuos predispuestos, y los sentimientos de alegría podían tener un efecto revitalizador. Aquí Freud hace referencia sobre las vicisitudes que adopta una enfermedad y que no depende solamente del proceso biológico, sino fundamentalmente del enfermo, de su actitud frente a la vida y de su situación frente a ella.

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 resistencia del superyó al desarrollo psicoanalítico. Para Laplanche y Pontalis (1996), la diferencia entre las Neurosis actuales y las psiconeurosis es que aunque en ambas la causa sea sexual, las neurosis actuales deben buscarse en desordenes de la vida sexual actual y no en acontecimientos importantes de la vida pasada. La palabra actual debe interpretarse en el sentido de una "actualidad" en el tiempo. Algo fundamental a tener en cuenta es que en las Neurosis actuales la etiología es somática y no psíquica, en donde la fuente de excitación o el factor desencadenante del trastorno, se encuentra en la esfera somática, mientras que, en la histeria y la neurosis obsesiva, se encuentra en la esfera psíquica. El mecanismo de formación de los síntomas sería somático y no psíquico. El término actual viene a significar la ausencia de mediación que encontramos en la formación de síntomas psiconeuróticos (desplazamiento y condensación). La noción de Neurosis actual conduce directamente a las concepciones modernas sobre lo psicosomático.

Como veremos más adelante los pacientes psicosomáticos presentan dificultades para elaborar duelos y expresar afectos. Por lo tanto es pertinente observar como Freud en su escrito de (1917) define al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga, como la patria, la libertad, un ideal, etc. En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, el sujeto pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. Así, el objeto perdido es

investido por toda la capacidad libidinal que pueda emplear el sujeto a tal efecto, impidiendo toda nueva ligazón. Sin embargo, el duelo no es considerado un proceso patológico. Por el contrario, en el trabajo de duelo el Yo, embestido por una pérdida real de objeto, pone en funcionamiento un mecanismo de elaboración de dicha pérdida que le permitirá, al cabo de un tiempo, conservar a ese objeto perdido en la realidad pero con renovada investidura libidinal para con él. En ese proceso, que Freud llamará trabajo, se atraviesa por un desasimiento libidinal del objeto perdido y de todo cuanto remita a él, liberando un quantum de energía para nuevas ligazones de objeto. Los signos y síntomas del duelo incluyen tanto manifestaciones psicológicas como somáticas. Cuando las ideas y sentimientos depresivos resultan intolerables, se tiende a negarlos y se sustituye por actitudes contrapuestas: euforia, hiperactividad y una sensación de triunfo y control sobre la situación, estas actitudes defensivas, que enmascaran la depresión subyacente, reciben una valoración social considerándoseles equivalentes a una resolución de duelo, el haber superado la situación. Así como pueden aparecer sucesiva y simultáneamente sentimientos de depresión y euforia, también se ponen en juego en el trabajo de duelo los sentimientos encontrados de amor y hostilidad que caracterizan todo vínculo y que aquí, al verse acentuados, llevan a la idealización de lo perdido. Los sentimientos de culpa por los pensamientos y deseos hostiles tienden a permanecer inconscientes y expresarse en el ámbito corporal, el sentimiento de culpa es el legado de la ambivalencia afectiva sin resolver, se hace difícil poner en palabras estos sentimientos hostiles puesto que producen temor y resultan socialmente inaceptables.

3.2. Joyce McDougall

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 de 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.

Según McDougall (1991) 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.

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 de responder, 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 el imago paterno 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.

6) Todo esto lleva al inconsciente de la madre y a lo que para ella representa el niño en cuestión. Mc Dougall (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 cual 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.

3.3. Pierre Marty

Los representantes de la Escuela Psicosomática de Paris sostienen que, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones de la personalidad (neurosis, perversión y psicosis), en los psicosomáticos existe un conjunto de características comunes que conforman una verdadera estructura de personalidad psicosomática. Según Marty (1967) el psicosomático 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 psicosomáticos, 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 psicosomática.

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. Es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal, que 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. El psicósomático 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.

Con respecto al tratamiento analítico o psicoterapéutico Marty (1992) nos dice que estos pacientes, se manifiestan con pocos sueños o pobres asociaciones en el caso que éstos aparezcan. Pueden tener buenos logros en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, que se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad. Luego de una enfermedad grave o de largo tiempo, toman conciencia de este estado en momentos de cuestionamiento de sus vidas. En la entrevista médica o psicológica el cuerpo es vivido como algo ajeno, como un objeto molesto que pone en riesgo su sobreadaptación. Ven en el profesional alguien a quién sólo le deben relatar lo que les pasa y del que esperan que los cure, de modo que el paciente esta presente pero distante.

Marty ha llamado depresión esencial a las etapas previas a la enfermedad, que generalmente tienen un carácter depresivo. Es decir que las conductas, los afectos, el pensamiento no reciben las corrientes del inconsciente y es por esto que los pacientes cumplen con todos los dictámenes que la adaptación le impone, pero están como vacíos de ese dinamismo, esa riqueza que proviene del inconsciente. Esta falta de excitación es la que provoca la depresión esencial.

Entonces un terapeuta frente a esa situación no esta estimulado por su paciente, se produce una situación traumática, esto contraindica un tratamiento psicoanalítico clásico y se proponen cambios en el encuadre que eviten la falta de estímulos. Se indica la posición frente a frente, reducción del número de sesiones semanales y fundamentalmente se debería evitar interrumpir con interpretaciones todo lo que puede ser un sistema elaborativo del paciente, se trata de animar a que pueda fantasear.

La indicación terapéutica no debe partir del tipo de patología, sino que se debe aprender a valorar un síntoma somático en relación a la organización psíquica que esta dando soporte a ese síntoma somático.

3.4. David Liberman

Según Liberman (1993), 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 por 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, quien 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.

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.

Liberman describe dos tipos de vínculos maternos:

- 1) la madre que rebota
- 2) 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 metebombas 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 metebombas 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, 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.

Describe dos tipos de padres:

- 1) el padre esquizoide
- 2) el padre impulsivo

En el caso del padre esquizoide vemos 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.

En cuanto al padre impulsivo notamos 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.

3.5. Marta Bekei

Como sostiene Bekei (1984), la derivación dermatológica de un paciente a psicopatología se debe al hecho universalmente reconocido de que la alopecia se produce a raíz de una vivencia traumática muy impactante. Esta circunstancia sugiere la intervención del psiquismo en la formación del síndrome siendo lo que motiva a los profesionales del servicio de Psicodermatología el interés en aclarar la naturaleza de esta intervención, ya que por año son muchos los casos que se presentan de alopecia en el servicio. El término médico general que se utiliza para designar la caída del cabello es alopecia.

Existen dos tipos de alopecias:

- Alopecia androgenita
- Alopecia areata

El cuero cabelludo posee alrededor de 150 mil cabellos, cuando el 25% desaparece, puede tratarse de un proceso alopécico.

Los tipos de caída de cabello son:

Alopecia androgenita: es el tipo más frecuente de caída de cabello en los varones. Afecta al menos al 50% de la población de edades superiores a los 40 años en el varón y a los 50 en la mujer. La caída del cabello de patrón masculino empieza con una leve reducción de cabello en las sienes, que se incrementa con el tiempo

Alopecia areata: los dermatólogos aseguran que la alopecia areata aparece en un terreno genéticamente determinado, por encontrarse antecedentes familiares en un veinte por ciento de los casos. Sin embargo reconocen que en la producción del fenómeno debe intervenir una vivencia emocional intensa, angustiante que actuaría mediada por una reacción inmunológica. Para ellos esta mediación cumple un rol importante, porque se encuentra fuertemente asociado el síndrome con la enfermedad de naturaleza autoinmune. Es por ello que la derivación dermatológica a psicopatología se debe al hecho del reconocimiento de que la alopecia se produce a raíz de una vivencia traumática.

Una vez derivado el paciente se procederá a indagar el rol que ejerce la vivencia desencadenante en la producción del trastorno, la naturaleza de esta vivencia y el mecanismo a través del cual provoca el fenómeno somático en ciertos individuos.

Con respecto a los acontecimientos desencadenantes, son vivencias íntimas, angustiantes, que tienen que ver con la pérdida, por muerte o separación, de un objeto libidinal importante o con el miedo a perder su amor. El común denominador es la pérdida o la separación abrupta de seres queridos y las inseguridades conectadas con estas vivencias.

Al abordar esta cuestión se toma en cuenta que el impacto de la vivencia no es igual para todas las personas, que no todos responden a un acontecimiento angustiante con la pérdida del cabello. Se parte entonces del estudio de la personalidad de los sujetos alopécicos y el carácter del medio social y familiar en que están insertos.

Finalmente, se intentará discriminar si esta estructura encontrada corresponde a una estructura psicossomática deficitaria o quizás a otra estructura de naturaleza similar, ya que la dinámica del trastorno sugiere su naturaleza psicossomática.

Al referirse a la naturaleza psicossomática del fenómeno, se dice que esta enfermedad parece estar ligada a la estructura de la personalidad del individuo, teniendo en cuenta su historia con sus acontecimientos. La estructura de la personalidad de los individuos que sufren de trastornos psicossomáticos se caracteriza, especialmente por una debilidad yoica percibida a través de las fallas funcionales. También se observan limitaciones en la capacidad fantasmática y en la simbolización, las cuales se manifiestan por una vida operatoria y por la dificultad de expresar afectos.

Las relaciones objetales que se establecen por medio de este YO deficitario son de tipo simbiótico, por no haberse logrado una clara discriminación YO-NO YO. Los individuos adultos con esta estructura psíquica suelen ser sobreadaptados a su medio, hiperactivos, incansables, ya que han sido entrenados durante su crianza para centrar su atención en los estímulos externos e ignorar sus señales corporales propias internas. Tal estructura predispone al individuo a padecer un trastorno psicossomático, si se sufre una vivencia emocional intensa relacionada con la pérdida de un objeto importante de cuyo amor y cuidados depende. Por la deficitaria discriminación entre YO-NO- YO que lo caracteriza, esta pérdida se vive como la pérdida de una parte de sí mismo, y el dolor que provoca se percibe directamente en el cuerpo, sin ser mentalizado, debido a un defecto en el proceso de simbolización. La estructura psíquica se forma en el curso del desarrollo y sus fallas se deben a interferencias con su despliegue natural en las etapas tempranas de la vida.

En esta etapa madre-hijo forman una unidad indivisible, paulatinamente comienza a percibirse la existencia de otro ser de quien depende la satisfacción de sus necesidades. Se establece el límite entre yo y no yo, lo que constituye la base para la relación de objeto.

En circunstancias promedio, donde el desarrollo procede sin inconvenientes, el proceso de simbolización se inicia con los primeros atisbos de la discriminación yo-no yo. La mayoría de los analistas considera que frustraciones, pérdidas pasajeras, ausencias maternas inevitables, constituyen el material para la

simbolización incipiente, al crear la necesidad e incentivar la representación mental de la falta. Lo patógeno no es la deficiencia materna ocasional o hasta persistente, sino la atmósfera en la que ocurre.

Describe dos grandes grupos de madres que fallan en su función estimuladora de la estructuración yoica, y especialmente del proceso de simbolización:

1) Madres muy narcisistas, egocéntricas, cuyo contacto con su bebé no es empático, sino que consideran y tratan al bebé como una posesión que sirve para cubrir sus necesidades personales. El bebé, al no recibir la respuesta adecuada a sus mensajes, finalmente paraliza sus intentos de comunicación. Deja de emitir señales dirigidas hacia la madre y se somete a la imposición materna. Pero este sometimiento tiene efectos más amplios.

No sólo deja de comunicar sus necesidades y deseos, sino tampoco los recibe. Decepciona su percepción interna y sobrecarga la externa, por lo tanto se distorsiona su imagen corporal y con ella su estructura yoica.

2) Madres depresivas quienes cumplen sus necesidades mecánicamente sus funciones maternas para satisfacer necesidades fisiológicas del bebé, sin cariño, sin contacto libidinal. Están físicamente presentes pero ausentes psíquicamente.

Ambas formas de reacción a la conducta desafectivizada materna llevan finalmente al establecimiento de un yo precario en el niño, a la formación de la estructura psicosomática, que se caracteriza por una vida fantasmática pobre y por restricciones en la capacidad de simbolización.

3) Existe un tercer tipo de madre psicosomatizante con características especiales: sus conductas patológicas se deben a condiciones socioculturales adversas, que han sido poco llamativas por ser comunes en su medio, y por lo tanto no habían sido fácilmente detectables. Son mujeres sobrecargadas con tareas múltiples: trabajo en el hogar y eventualmente afuera, y la atención de una familia numerosa. El niño recibe sólo la provisión de sus exigencias vitales, ropa y comida, que sirve apenas para satisfacer sus necesidades básicas, pero no sus deseos, ni alimentar sus fantasías. El yo entonces se estructura deficitariamente. Al no recibir afecto, tampoco pueden expresarlo, y quedan bloqueadas las fantasías conectadas con el afecto ahogado, el que por lo tanto no pudo ser simbolizado. Por cortarse el contacto emocional con la madre bruscamente y antes de tiempo, tampoco puede realizar el proceso

paulatino de discriminación yo no-yo. En cambio realizan un proceso de identificación primaria con la madre y se transforman tempranamente en madres sustitutas eficaces. Son hipermaduros, sobre-adaptados a las tareas concretas, adultos en miniatura, con una estructura psicossomática en plena formación, gracias al efecto de una relación madre-hijo doblemente distorsionada. La falta de dedicación empática se combinó con una sobre exigencia desmesurada.

Con respecto a la falla a nivel psicológico, el sujeto no reconoce como propias partes de su self, nada es suyo por estar mezclado con partes maternas no discriminadas, Si vivencia situaciones de pérdidas o separación se ve forzado a reconocerse como individuo autónomo, se defiende con la negación. Considera extraño lo propio y dirige anticuerpos contra partes de su sí mismo.

El cabello se presta particularmente bien para ser usado por la defensa en ese sentido. Al construir un apéndice externo de nuestro organismo puede ser desprendido con facilidad, sin provocar heridas ni dolor. Su expulsión no deja rastros llamativos, sólo un vacío. Sin embargo el cabello perdido ha sido víctima de una automutilación. Atacar parte del propio cuerpo desvitalizarlo y expulsarlo constituye un grado de autoagresión, siendo ésta una característica primordial de los trastornos psicossomáticos.

En el caso de la alopecia, el ataque localizado no daña una parte vital del organismo, pero sí a una muy visible , produciendo un síntoma llamativo que expone a burlas y a ataque por lo demás. Provocar la agresión del otro es una autoagresión indirecta. La somatización como proceso es siempre autoagresiva.

La fuerza autoagresiva y la persistencia del trastorno psicossomático dependen de la estructura yoica del individuo en quien se produce.

En cuanto al tratamiento implica volver la mirada hacia atrás y enfocar en sucesos de un período previo donde lo biológico y lo psicológico no están discriminados todavía.

La función del terapeuta consistirá en fomentar que el paciente pueda poner en palabras aquellas cuestiones relacionadas con pérdidas hasta el momento no elaboradas. Lo no elaborado refiere a energía no ligada o no tramitada psíquicamente que encuentra descarga en el cuerpo. Se buscará reforzar las defensas yoicas del paciente para que frente a futuros sucesos traumáticos el

sujeto cuente con recursos que le permitan ligar excesos de energía y no lo sorprendan en un estado de indefensión.

3.6. *Donald Winnicott*

La escuela de Paris, al igual que lo hace Winnicott (1991), ubica la etiogénesis de estas enfermedades en etapas tempranas del desarrollo infantil y en relación con la madre. La diferencia, sin embargo, consiste en que para Winnicott no hay un cuadro fijo o tipo de la madre en el paciente psicossomático, 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 psicossomáticos, que genera un Falso Self, que explica la disociación descrita por la escuela de Paris y a la vez, no encerraría al paciente psicossomático 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 el bebe alcance una unidad entre la psique y el soma, en donde esta psique, si la podemos 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 psique-soma 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 podemos encontrar en 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 este no saber esta vinculado con las disociaciones y no integraciones que ocurrieron tempranamente. Como dice Marty, encontramos en estos padres un alto grado de narcisismo, aunque no necesariamente los padres del paciente psicósomático son siempre de carácter narcisista, pueden ser neuróticos, generalmente obsesivos o fronterizos leves.

Para Winnicott (1993), la etapa de personalización pudo no haberse completado adecuadamente y encubrir algún tipo de disociaciones tempranas, por lo que estos cuadros psicósomáticos son consecuencia de una experiencia de despersonalización encubierta que puede ser de un nivel más o menos profundo, frente a situaciones de duelo o traumáticas.

La enfermedad crónica psicósomática, representa y encubre conductas regresivas, que le permiten a la persona mantener una imagen unida y entera, no emocional frente al mundo externo.

El desarrollo emocional es normalmente penoso y esta signado por el conflicto, por lo que el cuerpo debe padecer aunque no sean enfermedades físicas. El desarrollo somático es un logro que tiene su propio ritmo y que se alcanza a través de lo que Winnicott llamó la función del "maternaje", una serie de procesos ineludibles, por su necesidad, y que debe cumplir la madre para que el bebe obtenga una unidad, una integración psicósomática.

Los síntomas psicossomáticos, se gestan en periodos tempranos, antes del 1º año de vida debido a una existencia de inadecuación o falla del medio durante el período en que se producen los procesos de integración – personalización – comprensión o relación con la realidad objetiva y el inicio del área transicional.

La enfermedad psicossomática es el negativo de un positivo, que es la tendencia a la integración. El positivo es la tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad de psique y soma. A esta etapa del proceso de integración podría denominarse la etapa del yo soy.

En un paciente con una sobreadaptación a la realidad consensuada, es una característica, aunque no necesariamente en todos, que mantengan una relación especial con la realidad, viviéndola de una manera impersonal y excesivamente objetiva; esto es opuesto a vivir creativamente, la sobreadaptación es solo una manifestación del falso Self, extremo opuesto a la capacidad de estar vivo en el sentido de ser creativo, que es equivalente a que la persona tiene una cierta unidad entre su verdadero y falso self.

Esta falta de unidad afecta todos los procesos posteriores del desarrollo emocional, sobre todo a la capacidad de construir un espacio potencial, ni interno ni externo, a partir del uso de objetos transicionales y que constituyen el espacio y raíz de la simbolización.

Con respecto al tratamiento Winnicott (2006) nos habla de los “Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicossomática” dice que en la práctica profesional de los psicossomatistas lo que necesita el psicoterapeuta es la cooperación de un médico no demasiado científico, agrega que lo que se desea es tener del otro lado a un científico que se haya tomado vacaciones de la ciencia. Si uno asciende hacia la esfera de la intelectualización y pierde contacto con el paciente real, pronto descubre que el término psicossomático deja de cumplir su función integradora. Es necesario tener en cuenta, que en la práctica existe una dificultad real insuperable, la disociación del paciente, que como defensa organizada mantiene separada la disfunción somática del conflicto psíquico. Si se le da tiempo y circunstancias favorables, el paciente tenderá a recuperarse de

esa disociación. Sus propias fuerzas integradoras tenderán a hacerle renunciar a la defensa.

El significado que tienen los períodos de enfermedad del cuerpo, es un reclamo, una atención que el paciente no se da cuenta que necesita. Este reclamo representa el elemento positivo en la enfermedad psicosomática. A partir de un estado de dependencia absoluta se encuentra un intento de buscar la integración psiquesoma, que le sería permitido por la enfermedad.

Intenta que alguien se haga cargo de las funciones de sostén y manipulación que fueron inadecuadas en la relación con su madre. La necesidad de ser cuidado incluye a distintas personas, puede incluir a la mujer, a la familia, al analista, una experiencia mística, algún brujo, etc. Con esta regresión a un estado de dependencia absoluta, el paciente produce una forma de curación “espontánea”.

Es importante destacar que, frente a la posibilidad de iniciar este proceso regresivo, en el paciente y el analista van a aparecer fuertes resistencias que van a ser diferentes en cada paciente y en cada analista. También durante los momentos de regresión en el tratamiento pueden aparecer enfermedades psicosomáticas, que hacen que el analista le deba dar una atención especial, mayor al del modelo que habitualmente iban llevando.

4. METODO

4. 1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y consiste en un caso único.

4.2. Participante

Para preservar la identidad del paciente no se mencionará su verdadero nombre, por lo que se describirá al paciente como P. El paciente se presenta al Servicio de Psicodermatología con diagnóstico de alopecia areata.

4.3. Técnicas

Se realizaron dos entrevistas semi-dirigidas a la psicóloga a cargo del caso, a los efectos de indagar aspectos relacionados con la dirección del tratamiento y las diferentes áreas trabajadas durante el desarrollo del proceso terapéutico. También se asistió a las supervisiones del caso.

5. DESARROLLO

5.1. Condiciones del Tratamiento

El tratamiento se llevo a cabo en los consultorios de la red asistencial, su duración es de ocho meses y la frecuencia es de un encuentro semanal. La modalidad de trabajo fue a través del modelo de encuadre “cara a cara” que permite el intercambio de miradas que ofrece el ámbito para que se despliegue una transferencia del tipo narcisista en la que la mirada del terapeuta sostiene y unifica.

Una de las tareas de la terapeuta fue la de usar como herramienta la palabra, así a través de la pregunta poder abrir un discurso y empezar a historiar el relato cronológico narrado por el paciente.

La terapeuta junto con P trabajaron para que pueda poner en palabras y no sólo transcribir en el cuerpo algunas cuestiones referentes al tema de la muerte, puntualmente al suicidio del padre, para que pueda recordar lo vivido, esto es fundamental para que pueda contarlo, y poner en palabras aquello que se inscribió en el cuerpo y quedo desgarrado de la palabra.

5. 2. Material clínico

P tenía 20 años cuando fue derivado por el servicio de Dermatología del Hospital al servicio de Psicodermatología por presentar caída del cabello severa. El diagnóstico médico fue alopecia areata.

P se presenta a la primera entrevista con un gorro de lana oscura y se lo notó bastante nervioso. El paciente trabajaba en una fábrica de operario y por la noche concurría a un colegio secundario nocturno. Vivía con su madre de 50 años de edad, su padre había fallecido, tenía un hermano menor de 18 años, soltero que vivía solo.

Habla de manera pausada y con una expresión casi sonriente. Sus relatos contienen, descripciones, juicios de valor, impresiones y críticas hacia los demás y hacia sí mismo.

Según relata la alopecia fue creciendo con el correr del tiempo. Ante la pregunta de asociar algún hecho significativo con el inicio de la enfermedad, P responde, “antes del nacimiento de N” su hijo de 2 años. Dice que no sabe porque le sucede esto sacándose el gorro y mostrándole a la terapeuta los rastros que fue dejando la alopecia. También dice “algunos me miran raro, no sé que pensarán, por eso me pongo el gorro”.

Con el correr de las entrevistas P recuerda su infancia y dice “todo eran peleas, gritos, cosas que volaban, era un infierno” P nunca tuvo un hogar consolidado, recuerda un ambiente de mucha tensión y discusiones entre sus padres, cuando estos se separaron él tenía 8 años y en aquel momento él y su hermano vivieron un tiempo en la casa de sus abuelos paternos porque su madre se fue de la casa por unos meses y el padre no se hizo cargo de ellos , “mi mamá desapareció y nos dejó solos, mi hermano y yo no sabíamos que iba a pasar con nosotros” “yo cuidé a mi hermano cuando ellos no estuvieron”. P asegura que siempre busca la armonía en la casa aunque a nadie le importara dice “siempre deseé tener una familia”.

Durante los dos primeros meses de tratamiento en las entrevistas comienzan a aparecer ciertos conflictos que tiene con su madre. Su relato se centra en la queja constante hacia ella “me hace la vida insoportable, siempre fue muy controladora, me da asco”. Estas situaciones se le volvieron tan insoportables

que varias veces se presentó a las sesiones muy enojado “con mi mamá siempre me lleve mal, me cuesta mucho quererla y aceptarla, cuando me habla es para criticarme, enojarse, subestimarme; es muy agresiva, me da asco”. P expresa “me costó mucho la relación con mi vieja, se me hace muy difícil estar con ella, yo quiero quererla como antes pero no puedo”. Con respecto a la relación con su padre, P relata que siempre quiso ver a su padre cuando era chico, aunque él no quisiera verlo, dice que lo visitaron varias veces con su hermano y que ya de grande iba él solo. P dice que sintió varias veces que su padre nunca pudo superar la separación con su madre, dice que siempre lo vio muy triste, depresivo, muy negativo. Al intentar hablar más de esto P hace silencios, pausas y dice que le cuesta hablar de este tema. Cabe destacar que en ese momento del tratamiento y después de casi cuatro meses P comienza a poder hablar de aquello que dolía y aún no había sido duélalo. Su padre se había suicidado hacía dos años, según su relato “mi viejo se tiró a las vías del tren, estaba muy mal, muy depre, me acuerdo que mi mamá me avisó yo estaba en el colegio, salí y fui a reconocer el cuerpo yo me hice cargo de todo, me sentí muy solo, no había familia”. P cuenta que luego de este episodio, la vida le cambió, dejó el colegio y empezó a trabajar para ayudar a su madre con los gastos de la casa, según su relato “al principio todo era un caos, tuve que salir a laburar y estaba mucho tiempo afuera de mi casa....también tuve mis depre y algunas veces pensé en desaparecer”

En los espacios de supervisión se habló de la importancia de tener en cuenta no solamente del material de las sesiones, sino también la importancia del momento en que el paciente comienza a confiar en el terapeuta, devolviéndosele a la terapeuta la mirada de que P había establecido un vínculo transferencial positivo con ella.

P decía sentirse cómodo en las sesiones, que necesitaba ese espacio, para el cual fue necesario un tiempo, un tiempo que él utilizó para establecerse, para ir trayendo recuerdos, emociones y vivencias. P relata que al poco tiempo de fallecer su padre su novia N se fue a vivir con él y que convivieron un año en la casa de P, los tres con su madre. Después se separaron porque se llevaban muy mal “no la aguantaba más, quería estar solo, y encima después cuando se fue al poco tiempo vino con la noticia de que estaba embarazada”. P relata que tiene un hijo varón de dos años (N) al cual veía de vez en cuando porque la

relación con la madre del nene no era muy buena, “yo no creo que sea mi hijo, tengo ganas de hacerle un ADN”. P comenta que desconfía de la paternidad de N, porque N antes de separarse de él ya salía con otro hombre. Aunque ella le jura siempre que lo ve que N es su hijo.

El miedo y la angustia comienzan a aparecer ante la posibilidad de ser padre de N, P dice “no sé que voy a hacer, pero si N es mi hijo tendré que darle el apellido y las cosas van a ser distintas”

5.3. Análisis del caso P.

Estructura de personalidad psicósomática

Desde Bekei (1996) podemos pensar que para partir del estudio de la personalidad de P debemos tener en cuenta el medio social y familiar en el que estuvo inserto.

Podemos inferir que P desarrollo un yo deficitario ya que sufrió durante su infancia hechos traumáticos, que bloquearon su capacidad de simbolizar de manera crónica, y esto no sólo conformó aspectos somáticos sino que también dejó huellas en la afectividad y vitalidad.

Siguiendo a Liberman (1993) podemos decir en primer lugar P estuvo expuesto a exigencias de sobreadaptación frente a situaciones en las que fracasaron sus padres, y en segundo lugar que estos padres no pudieron ocuparse de un tercero como son los hijos.

Con respecto a la madre podemos notar la falta de dedicación empática privando del contacto emocional a P con ella misma y con el padre. A esta madre se la puede conceptualizar dentro del tipo “madre que rebota”, pues paralizó todo intento de comunicación con su hijo dejándolo en la casa de los abuelos cuando se separo del padre, de esta manera se desconecto afectivamente con P por un largo tiempo y al cortarse el contacto emocional con la madre bruscamente el proceso de discriminación yo no-yo produjo una estructura deficitaria, convirtiéndolo a P en un adulto en miniatura, sobreadaptado a su medio y con una estructura psicósomática en plena formación.

Con respecto al padre podemos inferir que en su función presento aspectos patógenos, cuando abandona su hogar se muestra inoperante careciendo de peso y fuerza, por los relatos de P podemos ver situaciones de ambigüedad y desconcierto por su condición de padre presente-ausente.

Desde Marty (1992) podemos inferir ciertas características de la personalidad psicósomática:

1) P tiene una relación especial con la realidad, a la que generalmente se sobreadapta, viviendo de forma objetiva e impersonal. Manifiesta conductas de hiperactividad y nunca registro con claridad estar cansado o necesitar descanso. Se nota un predominio del principio de la realidad frente al principio del placer.

2) En cuanto a los afectos P presenta desconexión (alexitimia) y dificultades para detectar, discriminar, y manifestar emociones, y las que expresa, están a nivel muy corporal. Esto, a la vez lo lleva a un pensamiento despojado de sentido y significado emocional, cuyas representaciones emocionales son pobres, escasas y repetitivas. Notamos que P perdió el interés por el pasado y por el futuro. Igualmente podemos observar que mantiene un contacto superficial en sus relaciones.

3) Durante el tratamiento P presento escasez de sueños y de pensamiento creativo, lo que evidencia que no hay un sistema representacional que procese los movimientos del inconsciente.

Vivencia traumática que provoca el fenómeno psicósomático

P llega al servicio con el diagnóstico de alopecia areata, según sus palabras esto comenzó "antes del nacimiento de N". Desde Bekei (1996) podemos pensar que la estructura de personalidad de P lo predispone a padecer un trastorno psicósomático y que ante la vivencia de pérdida del padre esta situación es vivida como una pérdida de sí mismo y el dolor es percibido directamente en el cuerpo sin poder ser mentalizado debido a fallas en el proceso de simbolización en las etapas tempranas de la vida.

Esta pérdida en P lo obliga a reconocerse como un individuo autónomo pero como una característica de los pacientes psicósomáticos él se defiende con la negación cuando dice que no sabe porque lo miran en la calle. Considerando extraño lo propio ataca una parte del propio cuerpo, con la alopecia P no daña una parte vital de su organismo pero sí un síntoma llamativo que provoca la agresión de los demás.

Desde McDougall (2004) se puede inferir que esta imposibilidad de P de no poder hablar del dolor que le provoca la muerte del padre, nos remite a pensar que el duelo de la separación y diferencia no fueron vividas como logros psíquicos sino como una realidad que vacían de todo aquello que es vital para sobrevivir.

Desde Liberman (1993) podemos pensar que en el paciente la presencia de fenómenos psicósomáticos fueron señales de alarma que denunciaron la sobreadaptación a la realidad ambiental, ya que P vivió una serie de situaciones traumáticas en la infancia y adolescencia, la sobreadaptación en su caso toma una forma en el rol que ocupó en su casa, en un primer momento en su infancia vemos que cuando sus padres se separaron, él con ocho años cuidaba de su hermano, luego ya en su adolescencia cuando su padre falleció como él mismo dice se tuvo que hacer “carga de todo”, empezó a trabajar para colaborar en la casa y ayudar a su madre y también dejó el colegio y comenzó a estudiar a la noche. Todo esto hizo que P se convirtiera en un adulto en miniatura y centrara su atención a los estímulos externos ignorando las señales corporales propias internas.

Intervenciones y dirección en el tratamiento

Durante el tratamiento con P se trabajaron los siguientes aspectos:

- 1) Durante el primer tiempo con P el trabajo consistió en poder crear un espacio potencial que de lugar a un vínculo terapéutico estable que permitiera el desarrollo de un diálogo que tuviera como centro la vida emocional del paciente, espacio ideo-afectivo, esto se logró en base a la progresiva confianza que P iba depositando en la terapeuta.
- 2) Gran parte de la tarea de la terapeuta consistió en que P de a poco comience a registrar su sufrimiento psíquico, es decir que pueda llegar a tener cierta conciencia de enfermedad. Desde Winnicott (2006) se trabajaron los aspectos positivos de la enfermedad, el tratamiento de Pablo se llevó a cabo con el seguimiento de los médicos dermatólogos del hospital. Se le habló de la importancia del tratamiento médico tanto como psicológico, muchas veces en la terapia se le preguntó sobre los medicamentos que toma y se coloca en el pelo, todo esto con el fin de que las defensas comiencen a bajar y pueda de a poco recuperarse de esa disociación psique-soma.
- 3) Desde la teoría freudiana (1917) podemos decir que el duelo es la manifestación ante la pérdida, y la pregunta que surgió es ¿Qué reacción tuvo P frente a la pérdida de su padre? Según sus palabras "... salí y fui a reconocer el cuerpo yo me hice cargo de todo, me sentí muy solo, no había familia" desde esta teoría podemos ver que las manifestaciones somáticas desplegadas por P en este proceso fueron la hiperactividad y la sensación de control de la situación enmascarando de esta manera una depresión subyacente. Teniendo en cuenta que P vivió situaciones traumáticas en su infancia como fueron la separación de sus padres, luego la ausencia materna y más tarde la muerte de su padre, el modo de intervención fue ir creando con el correr de las entrevistas un lugar para hablar de aquello que tanto dolía y aún no había sido duelo.

- 4) P llega al servicio identificado con un padre que ante la alternativa de seguir adelante o abandonar, decidió abandonar la vida. Por lo tanto la dirección del tratamiento consistió en posibilitar otras líneas de identificación, ya no desde lo idéntico y repetitivo, sino desde una identificación que permita el surgimiento de la diferencia. Por lo tanto para nosotros fue crucial que P pudiese poner en palabras lo padecido y a partir de ahí comenzar a establecer una diferencia en las historias de vida y reducir el riesgo de una repetición en el mismo plano del padre.

- 5) Se trabajó desde la vía amorosa, aquella que tiende a juntar la representación con el afecto, y así construir unidades cada vez mayores y mantenerlas con eso. A P su propia paternidad lo juntó con la vida. Aparece en la vida de P su hijo N con una fuerza nueva y el trabajo consistió en atender las modalidades vinculares de P para que esta relación no entre en el orden de lo mimético. Como estrategia terapéutica se le indicó a P que intentara ver a N más seguido y compartir algunas actividades juntos. También se trabajó la relación con el hermano que durante tanto tiempo había sido opacada ya que en tiempos anteriores sólo había lugar para dos, su madre y él. Porque como dice McDougall (1991) no siempre la separación y diferencia son vividos como logros psíquicos, sino que podemos inferir que en la modalidad vincular madre-hijo hubo fallas, en un primer momento fue interrumpido abruptamente y luego faltaron los cortes necesarios en momentos adecuados.

- 6) Se trabajó también lo distinto de la sexualidad, en relación a lo familiar (madre) que puede dar asco y en relación a lo de afuera en donde está habilitado, siendo ahí el lugar en donde puede elegir algo diferente, algo que no le da asco.

6. CONCLUSIONES

Cabe destacar que en los pacientes con trastornos psicossomáticos podemos ver que las manifestaciones psicossomáticas tienen una historia, o por lo menos, una mitología por reconstruir. Por lo tanto requieren de un tratamiento con características específicas y diferenciadas.

Cuando el paciente psicossomático se encuentra con el terapeuta, llega con un discurso médico escuchado e incluso apropiado. Relata enfermedades y pérdidas al estilo de una historia clínica.

En el tratamiento con pacientes psicossomáticos el terapeuta ofrece un espacio para desplegar un diálogo que tiene como centro la vida emocional del paciente, que justamente por su historia, no ha transitado el camino de hablar acerca de sus emociones y de reflexionar con otro acerca de ellas. Este tratamiento apuntará a que el paciente pueda poner en palabras aquellas cuestiones relacionadas con pérdidas hasta el momento no elaboradas y en donde el cuerpo quedo a cargo de responder. Entonces vemos que cuando el trabajo puede sostenerse, algún trayecto desde el cuerpo somático hacia el cuerpo del sentido empieza a transitarse.

El paciente psicossomático busca ser aceptado por su terapeuta y tiende a reproducir en transferencia la relación con una madre incapaz de libidinizar el cuerpo de su hijo y de interpretar sus necesidades. Así pues la presencia del terapeuta, frente a frente será el punto de partida para la elaboración de una ausencia no representada como tal, esto ofrecerá un ámbito para que se despliegue una transferencia de carácter narcisista en la que la mirada del terapeuta sostiene y unifica.

Para comprender a la enfermedad psicossomática debemos pensar que esta íntimamente vinculada con la relación primaria con la madre, quien también parece tener dificultades en poder experimentar su propia vida afectiva. La fantasía que existe con relación a la fusión con el objeto materno y la diferenciación con éste, permite pensar que en el individuo se manifiesta un síntoma psicossomático cuando se enfrenta a situaciones similares en su vida adulta.

El síntoma psicossomático de alguna forma cumple una función defensiva y protectora ante la angustia que provoca nombrar lo que sucede en la realidad

psíquica. El paciente psicossomático tiene enormes dificultades en ligar el afecto en relación a situaciones específicas que le causan un dolor psíquico.

El cuerpo con su propia forma de comunicación permite manifestar aquello que duele, que angustia, que da miedo, en este cuerpo se manifiesta una enfermedad que quizá representa el síntoma de algo que no ha sido nombrado, pero que habla a través de éste, ya que aquello que sucede en el afuera no es ajeno a lo que sucede en el interior. Hay una estrecha relación entre la emoción no dicha y un órgano que "habla" de aquello que el sujeto no puede poner en palabras. Es ahí donde se inscribe el fenómeno psicossomático que ha de interpretarse como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo.

Situándonos en el caso clínico seleccionado podemos pensar que la psicossomática despertó una visión que nos resultara no sólo interesante sino también apasionante. Nos referimos no sólo a la parte psicossomática que todo individuo tiene. Sino también a que todos tenemos tendencia a somatizar cuando ciertas circunstancias internas o externas a nosotros sobrepasan nuestros modos psicológicos habituales de resistencia.

Prácticamente no existe ser humano que en ciertos momentos críticos o no, de su vida, no haya experimentado síntomas psicossomáticos que van más allá de los que, por su mecanismo de formación, definiríamos como conversivos. Personas que desencadenan o agravan enfermedades orgánicas frente a situaciones críticas, duelos, etc.

Todos podemos atravesar por algún momento que sobrepasa nuestra psique y que por lo tanto no podemos nombrar, sin embargo, este habrá de manifestarse por otra vía, es decir, a través del cuerpo.

Ahora bien, situándonos en el caso clínico, podemos decir que teniendo en cuenta la modalidad vincular con la madre, algunas características de personalidad psicossomáticas anteriormente vistas, y las historias de repetición con el padre, consideramos que estarían dadas las condiciones para que P desarrolle un fenómeno psicossomático.

Esto nos invita a reconocer que en el cuerpo de P, más precisamente la caída del cabello, se prestó como un escenario para describir su mente.

Su enfermedad psicossomática develó que había oculto un silencio que tiene su origen en la infancia y adolescencia de P, aquello que no podía ser dicho,

siendo estas una serie de emociones dolorosas que se manifestaron en el cuerpo; dando cuenta de una forma de funcionamiento mental arcaico.

El hecho de que P no pudiera expresar las emociones dolorosas, dichas emociones se expresaron con la caída del cabello, lo mismo que sucedió cuando él fue chico, cuando no utilizaba la palabra como forma de expresión de sus pensamientos. Entonces este trabajo nos lleva a reflexionar que cuando un adulto cae también somáticamente enfermo, nos encontramos frente a un modo arcaico de funcionamiento mental que no se sirve del lenguaje sino que deja al soma a cargo de responder.

Se comienza a abrir toda una historia, que devengará un desafío para el tratamiento con P, que sería ¿cómo trazar una historia que habilite las diferencias y por lo tanto el deseo?

En nuestra opinión hubiese sido conveniente como varios autores sostienen un trabajo que tienda a integrar a la familia al tratamiento, es decir, entrevistas en las cuales se pudiese realizar algún tipo de intervención sobre la dinámica familiar, y poder facilitar de esta manera que la familia cumpla con el rol de ayudar y contener a P. También entrevistas vinculares con la madre para poder trabajar la relación tan conflictiva existente entre ellos.

Quedan muchos interrogantes sin responder, como ¿Qué pasará cuando P se haga el ADN? ¿De qué manera se vinculará con N? ¿Será posible para P comenzar algo del orden de lo diferente? ¿Podrá P dejar de estar siempre para el otro?

Para terminar esta presentación quisiéramos reflexionar sobre la siguiente frase “la vida no es lo que uno vivió, sino lo que uno recuerda para contarla”.

7. Referencias bibliográficas

Bekei, M. (1984). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y en la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bekei, M. (1996). *Lectura de lo Psicossomático*. Buenos Aires: Lugar.

Freud, S. (1896). *Neurosis actuales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1932). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1940). *Esquemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Laplanche, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Liberman, D. (1993). *Del cuerpo al símbolo*. Buenos Aires: Paidós.

Marty, P. (1967). *La investigación Psicossomática*. Barcelona: Luis Midacle.

Marty, P. (1992). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.

McDougall, J. (1982). *Teatros de la mente*. Madrid: Julián Yebenes.

McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes.

McDougall, J. (2004). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (2006). *Exploraciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.

