

UNIVERSIDAD DE PALERMO

**VINCULO MADRE-HIJO Y SUS RELACIONES CON LOS
TRASTORNOS PSICOSOMATICOS EN NIÑOS**

Gabriela M. Thomas

Tutor: Lic. Marcos Mustar

4 de Diciembre de 2007

1. INTRODUCCION.....	3
2. Objetivos.....	5
2.1. Objetivo General.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3. MARCO TEORICO.....	6
3.1. Freud:.....	7
3.2. Winnicott. El Desarrollo emocional temprano y sus vicisitudes.....	10
3.3. Joyce McDougall. Un cuerpo para dos.....	13
3.4. Liberman. Una mirada vincular.....	16
3.4.1. Liberman. La relación de estos pacientes con sus primeros objetos familiares.....	17
3.4.2. Interacción de la pareja paterna.....	18
3.4.3. Padre del paciente psicossomático.....	20
3.5. Marta Bekei. La madre del paciente psicossomático.....	22
4. METODO.....	25
4.1. Tipo de estudio.....	25
4.2. Participante.....	25
5. DESARROLLO.....	25
5.1. Condiciones del tratamiento.....	25
5.2. Material clínico.....	26
5.3. Dirección del tratamiento.....	28
5.4. Análisis del caso M.....	30
6. CONCLUSIONES.....	33

1. INTRODUCCION

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 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 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.

El Trabajo Final de Integración versará sobre la problemática psicosomática y sus especificidades en el trabajo con niños que presentan lesiones en piel.

El concepto de “psicosomático” presenta problemas que existen desde que la especificidad de este campo adquirió status de entidad nosológica, los que persisten en nuestros días sin ser resueltos. No parecen surgir discusiones respecto a su ubicación nosológica entre la psiconeurosis y la neurosis, pero la divergencia aparece cuando se trata de discriminarla de sus vecinos y cualificarla. Al querer adjudicarle caracteres que la definan, se impone la duda sobre si constituye una estructura autónoma o representa sólo un fenómeno.

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.

Mientras que la escuela psicoanalítica clásica le adjudica el status de estructura psicosomática, Lacan se refiere al “fenómeno psicosomático”, ubicándolo fuera del registro de las construcciones neuróticas.

Surgen caracterizaciones diferentes y hasta opuestas, del trastorno psicosomático, ya que se discute, inclusive, su naturaleza biológica o psicológica.

Desde Winnicott, en condiciones normales, mente y cuerpo forman una sola unidad. La enfermedad psicosomática sería la fractura de esa unión, fractura marcada por el guión existente en la expresión psico-somática. Lo importante es el concepto de interdependencia; razonar en términos de ligamen y no de oposición.

Autores contemporáneos como Mc Dougall (1991), Marty (1992) y Liberman (1992), estudiaron las fallas en la estructuración del aparato psíquico, ya sea en los afectos, en la simbolización o en la adaptación a la realidad, atribuyendo siempre sus causas a las vicisitudes del vínculo con el objeto primario y su función estructurante en la constitución y desarrollo del aparato psíquico como en sus consecuencias sobre el sujeto.

Ocuparse de los trastornos psicosomáticos en niños nos envía a la relación madre-niño. Los autores elegidos incluyen de alguna manera la importancia de esta relación, de la empatía materna y de las consecuencias de su falla. En general, los niños llegan a la consulta psicológica como consecuencia de una derivación por parte del médico tratante de la afección orgánica que presentan. Una de las principales características observables es la de presentar serias dificultades en transformar el dilema en problema. Presentan fallas en el sistema simbólico y carencias de un sistema de procesamiento cuando se tiene que afrontar una situación determinada. También presentan dificultades para elaborar duelos y para expresar afectos.

La función del analista será poner palabras que permitan la simbolización, y de esta manera absorber la excitación exagerada (trauma), o por el contrario interviniendo porque no hay excitación.

Una función será la de ocupar el lugar de un yo compensador de las características funcionales del aparato psíquico del niño. Este lugar será de vital importancia para el futuro del mismo, ya que la tarea estará dirigida a que pueda integrar y reconocer como suyo, su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos.

Este tema se hace sumamente importante ya que la falta de tratamiento de estos niños, podría incrementar la vulnerabilidad somática de los mismos. La detección precoz apunta a evitar el empeoramiento, tanto a nivel orgánico como psíquico.

El encuadre psicoanalítico aparece como un lugar asegurador donde puede desplegarse la historia y una mitología a reconstruir que permita al niño volver a establecer la conexión entre soma y psiquis que fue cortada radicalmente, tanto a nivel orgánico como a nivel psíquico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- El objetivo general de este trabajo es describir desde la teoría psicosomática, las modalidades de interacción vincular y las vicisitudes del vínculo emocional temprano en un caso de una niña que padece psoriasis en gota.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar en el caso cuál es la modalidad de vínculo materno-filial primario.
- Indagar la estructura familiar de origen en lo referente al tipo de comunicación, especialmente la influencia del secreto familiar en la aparición de psoriasis.
- Describir las intervenciones realizadas durante el tratamiento.

3. MARCO TEORICO

Levin (2003) plantea que cuando se trabaja con niños es prudente comenzar por la pregunta de qué es la infancia.

Propone pensarla como un tiempo lógico y no sólo cronológico, un tiempo de tránsito que se pierde y se recupera tras la represión, la incorporación y el duelo. En el trabajo analítico se observa claramente que el mundo del niño no es siempre un “mundo feliz” o “un paraíso perdido”, sino que muchas veces está plagado de inconvenientes y angustias, que a veces se manifiestan en el cuerpo.

Cuando miramos a un niño es imposible hacerlo sin mirar a los padres. El nacimiento de un niño reenvía inexorablemente a los padres a su propia vida subjetiva y a su propio mito familiar.

En esta realidad mítica, ese hombre y esa mujer tendrán que apropiarse del niño pero en una nueva función: como padre y como madre. La posición simbólica de este niño, se estructurará en ese campo del funcionamiento escénico de ambos progenitores.

La legalidad paterna abrirá el camino a la transmisión, la legalidad, la herencia y la descendencia, que se opone al deseo incestuoso, instalándose como instancia tercera, interdicta, prohibitiva entre la madre y el niño. Algo de este orden se percibe como fallido en los padres de niños con afecciones orgánicas. Se observa una constelación edípica específica: la imago paterna está casi ausente, tanto en el mundo simbólico de la madre como en el del niño. Como consecuencia de esto, la imago materna se vuelve extremadamente peligrosa. Generalmente, estas madres, durante los primeros doce meses del bebé, suelen sentir al mismo como un cuerpo extraño. Por el contrario, no pueden abandonar la unidad fusional con el bebé. En estos casos el inconsciente de la madre obstaculiza el logro del proceso, en el cual el bebé logre diferenciarse de ella.

Para abordar los trastornos psicossomáticos infantiles debe considerarse su origen; se observa que los mismos surgen como respuesta a dificultades en la relación madre-niño. La mayoría de los autores coinciden en la importancia de esta relación, de la empatía materna y de las consecuencias de su falla.

El siguiente trabajo estará basado en la noción freudiana de desvalimiento humano y en las concepciones post-freudianas que centran su interés en los aspectos intersubjetivos y en lo que acontece antes de que exista un aparato psíquico estructurado y los avatares en la estructuración del mismo.

Partiendo de un caso clínico, se describirán las modalidades y las vicisitudes del vínculo emocional en una niña que padece un trastorno psicosomático.

3. 1. Freud:

Rastreando la obra de Freud, se observa que en ningún momento menciona lo psicosomático. Se refiere a las neurosis actuales, la neurastenia o los hechos corporales directos. No hay un paradigma psicosomático en la obra de Freud, ni un historial psicosomático.

Para Laplanche y Pontalis (1996), la diferencia entre la 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 síntomas psiconeuróticos (desplazamiento y condensación).

La noción de Neurosis actual conduce directamente a las concepciones modernas sobre lo psicosomático.

La autora de este trabajo seleccionó algunos elementos que son trascendentes en la teoría psicoanalítica freudiana para armar el modelo psicosomático:

- 1) El primer elemento, es la noción de desvalimiento humano a la que Freud (1920) hace referencia, describiéndolo como aquel estado del lactante en donde depende de otra persona para la satisfacción de sus necesidades. Este

es un estado objetivo, ya que el lactante es incapaz de realizar la acción específica para poner fin a la tensión interna. Es un estado de dependencia total que influirá de manera decisiva en la estructuración del psiquismo, destinado a constituirse en relación a otro.

Dicho factor psicobiológico genera las primeras situaciones de desamparo y de peligro; estos hechos van a ser el prototipo de ulteriores situaciones traumáticas generadoras de angustias, que amenazan con desbordar al yo, ante cualquier incremento excesivo de la demanda pulsional.

Freud (1926), relaciona el estado de desamparo con el de prematureidad del ser humano diciendo que la existencia intrauterina parece relativamente corta en comparación con la mayoría de los animales, hallándose más incompleto que éstos cuando viene al mundo. Ello hace que la influencia del mundo exterior sea mas intensa, haciendo necesaria la diferenciación precoz del yo con respecto al ello, aumentando la importancia de los peligros del mundo exterior, e incrementando enormemente el valor del único objeto capaz de proteger contra estos peligros y de reemplazar la vida intrauterina. Este factor biológico crea las primeras situaciones de peligro y la necesidad de ser amado. Freud le atribuye una gran importancia a la sexualidad en el desarrollo y la vida psíquica del ser humano, ampliando este campo con el reconocimiento de una vida sexual infantil que actúa desde el comienzo de la vida. Lo que se encuentra al final de un desarrollo que podemos reconstruir paso a paso debe encontrarse desde el principio.

Freud (1905) introduce el concepto de pulsión como aquello que adviene a partir de la intromisión de la madre que cuida y atiende a su bebé. Es, a partir de que la madre nombra y significa el llanto de su hijo, que la necesidad se transforma en pulsión.

El concepto de pulsión es un concepto fronterizo entre soma y psiquis. La pulsión sexual actúa desde el principio y es un rasgo distintivo de la sexualidad humana.

En un primer tiempo, sólo se le puede apreciar como un suplemento de placer aportado marginalmente en la realización de la función (placer logrado con la succión, aparte de la satisfacción del hambre). Sólo en un segundo tiempo este placer marginal será buscado por sí mismo, aparte de toda necesidad de

alimentación, independiente de todo placer funcional, sin objeto exterior y de forma puramente local a nivel de una zona erógena.

Freud (1905) considera una zona erógena a toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación sexual. Considera que todo el cuerpo es una zona erógena, pero algunas parecen “predestinadas” a esta función.

Laplanche y Pontalis (1996) plantean que las zonas erógenas constituyen el origen del desarrollo psicosexual, los puntos de elección de los intercambios con el ambiente, al mismo tiempo que solicitan por parte de la madre, la máxima atención, cuidados y, por consiguiente excitaciones.

En los pacientes psicósomáticos la intervención fallida de la madre en relación al bebé hace que una parte del cuerpo quede sin libidinizar, quedando este como un puro organismo.

2) El segundo elemento corresponde al desarrollo de las teorías de las series complementarias donde Freud (1916) toma los factores de vulnerabilidad de tipo genético (predisposición genética) y fijaciones infantiles (factor disposicional). A esta serie genética-disposicional, se añade la dimensión biográfica y relacional en el desarrollo psicosexual del individuo, a la que se agrega el factor actual traumático desencadenante o frustrante.

Freud (op. cit.) lo relaciona a los síntomas neuróticos. Podemos decir que en el paciente psicósomático hay un componente genético y hay un desencadenante emocional que dispara lo psicósomático sin mediación psíquica.

3) El tercer elemento corresponde a la teoría de los afectos y de las representaciones de la obra freudiana. Según Freud (1895), la carga energética de la pulsión, que no queda ligada a la representación psíquica, tiende siempre a la descarga. En el camino abreactivo de descarga involuntaria produce sensaciones subjetivas, que si se ligan en el preconciente a la palabra, quedan nominados como sentimientos: amor, odio, angustia. La angustia es el afecto displacentero por excelencia, que actúa como protector del aparato psíquico frente a estímulos excesivos o prohibidos. Esta angustia señal pone en movimiento mecanismos defensivos, que dejan fuera de la conciencia cargas pulsionales ligadas a representaciones prohibidas con historia, marcando la presencia de una psiconeurosis. Aquí represión separa el afecto de la

representación, y ésta queda en el inconsciente reprimido, siendo el afecto descargado por la reacción en el soma.

Más tarde Freud (1926) desarrolla otro tipo de angustia muy ligada a la situación traumática, como una reacción que tiene que ver con angustias primarias que estaría vinculada al desvalimiento yoico del lactante (angustia automática). Este modelo afectivo es propio de las enfermedades regresivas- como las psicósomáticas- las que están acompañadas por equivalentes somáticos de la angustia (taquicardia, transpiración, mareos). Estos equivalentes somáticos de la angustia ya fueron desarrollados por Freud en su descripción de las Neurosis Actuales.

“La expresión de angustia automática se comprende comparándola con el concepto de angustia señal, y es considerada una respuesta espontánea del organismo frente a una situación traumática o de reproducción” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 27).

En el paciente psicósomático encontramos una afección en el soma no mediatizada por lo psíquico. El cuerpo queda a cargo de responder.

Estos tres elementos permiten comprender la aparición de los fenómenos psicósomáticos. Tanto para Freud, como para los post-freudianos la etiología debe buscarse en tiempos constitutivos para el sujeto.

3.2. Winnicott. El Desarrollo emocional temprano y sus vicisitudes

Winnicott (1945) teoriza sobre el desarrollo emocional primitivo, donde plantea una etapa de Dependencia Absoluta, otra de Dependencia Relativa y Hacia la Independencia.

La primera fase que corresponde a la Dependencia Absoluta abarca aproximadamente el primer semestre de vida, y según palabras del mismo Winnicott “el bebé no existe”, ya que siempre tiene que haber alguien que lo sostenga, sea madre o sustituto. En esta fase el bebé está en estado de no integración y en este estado es necesario la existencia de alguien que cumpla las funciones maternas de sostén (holding), de manejo (handling) y de presentación de objeto.

Hay un estado de no integración originario. Este estado de no integración hace referencia a un primer momento donde hay sólo sensaciones sueltas, desperdigadas, provenientes de diferentes zonas del cuerpo. Cuando habla de bebé no integrado, habla de dos aspectos: un bebé excitado y un bebé tranquilo. El estado de excitación corresponde al momento de la aparición de la pulsión, de las necesidades instintivas: el hambre, la necesidad de objeto, las pulsiones parciales. Cuando hay alguien para hacerse cargo, el estado de no integración no produce angustia.

La ilusión tiene que ver con haber vivido una experiencia de omnipotencia gracias a la entrega incondicional de la madre en estado de “preocupación materna primaria”. Si esto va sucediendo “suficientemente bien” el proceso de integración, que es una potencialidad innata, se va a ir produciendo.

Existen dos procesos de índole patológica: una es la desintegración, que es la producción activa de caos para hacer frente al surgimiento de las angustias por fallas innombrables ambientales que son ajenas a la voluntad o el dominio del sujeto. Estas angustias son previas al lenguaje y constituyen el caldo de cultivo de la psicosis. Caer sin fin, no habitar el propio cuerpo, deshacerse y no tener orientación en el espacio.

Winnicott (1945) plantea la psicosis como resultado de una falla ambiental temprana, donde ha habido un comportamiento materno errático, imprevisible, caótico, en donde no se pudo instalar la fusión y la ilusión.

Cuando ya hubo un esbozo de integración con aporte materno suficientemente bueno en la etapa de dependencia absoluta, y la falla acontece en la etapa de dependencia relativa, donde hay cierto reconocimiento de la existencia del objeto externo, con conciencia de la dependencia, se ha iniciado el movimiento de separación yo-no yo y la discriminación adentro- afuera por lo tanto, las fallas no llevan a la desintegración sino a la disociación. La disociación es un mecanismo clave, porque forma parte tanto de la normalidad como de una categoría nosográfica central en el aporte del autor: el falso self.

Uno de los puntos básicos en el tema de la Psicósomática es la disociación.

Para Winnicott (1945) es a partir del problema de la no integración surge el problema de la disociación, que puede ser estudiada en sus formas iniciales. Sostiene que desde la no integración nace una serie de estados que llama “disociaciones”, debido a que la integración ha sido incompleta o parcial.

...las enfermedades crónicas de la piel están relacionadas de un modo poco claro con el trastorno psicótico de la mente. La irritación o molestia crónica de la piel pone de relieve la membrana que sirve de límite al cuerpo, y por ende a la personalidad; y en esto subyace la amenaza de despersonalización y de pérdida de las fronteras corporales, así como de la angustia impensable, casi física, correspondiente al proceso inverso al que llamamos integración. (Winnicott, 1989, p. 143-144).

Hay casos en donde la escisión esencial está en la madre y la enfermedad la padece el hijo, no pudiendo permitir, aunque sea inconsciente de esto, que el hijo, se salga de la pauta. Estas madres tienen la necesidad inconsciente de diseminar la responsabilidad entre varios agentes y mantener el statu quo, en donde la enfermedad psicosomática del niño forma parte integral. La madre puede tener un cuerpo sano en la medida que la enfermedad esté en el hijo.

Detrás de los trastornos psicosomáticos existe la posible amenaza de despersonalización.

La escisión es aquí sustituta de la represión, que sería una organización más compleja.

El estado de no-integración primario con tendencia a la integración, depende del refuerzo yoico de la madre, basado en su capacidad de adaptación, que confiera realidad al yo del bebé en su dependencia.

Winnicott (1971) plantea tres áreas: el mundo interno aislado e incommunicable; el mundo externo que sería la sobreadaptación absoluta a los elementos de la realidad y el área intermedia que es la que privilegia, la del objeto transicional, la de los fenómenos transicionales, la de la cultura, el juego y la creatividad.

Cuando el área transicional no existe, cuando los dos mundos permanecen disociados, este es el estado de enfermedad. Sin embargo no hay que perder de vista que la disociación fue el único recurso que tuvo el individuo para tolerar lo intolerable.

Lo interesante de Winnicott es que plantea que en un primer momento en que lo psíquico es somático y el amor de la madre tiene que ser corporal, se tiene que expresar en hechos físicos concretos. Durante los primeros meses de vida

el infante no puede diferenciarse del objeto. Con el transcurrir de los meses empieza a evolucionar cuando ante la ausencia de la madre hace su primera creación “el objeto transicional”.

Para llegar a esto, es necesaria la existencia de un tiempo feliz, de haber tenido la oportunidad de experimentarlo.

Los objetos y fenómenos transicionales son símbolos de unión con la madre, después de la separación.

En la enfermedad psicósomática no se desarrolló el objeto transicional, no logrando el niño una integración mente-cuerpo ni una identidad vivencial de la psiquis ni la totalidad del funcionamiento físico.

La tarea es entender la calidad de la relación entre la madre y el niño, y la manera que tomó forma la angustia por la pérdida del objeto.

3.3. Joyce McDougall. Un cuerpo para dos

Joyce McDougall (1991), plantea la fantasía primordial en todo ser humano de volver a ser uno con la madre universo de la temprana infancia. Todo lo que amenace con destruir la ilusión de indistinción entre el cuerpo propio y el materno lleva a buscar el medio intrauterino perdido e induce a la madre a responder intuitivamente a esta demanda, aportando alivio y sueño a su bebé a través del ritmo de su cuerpo y del mantenimiento del contacto corporal.

A partir de esta matriz somatopsíquica va a desarrollarse una diferenciación progresiva entre el cuerpo propio y la primera representación del mundo externo, que es el pecho en la psiquis infantil. Paralelamente, lo que es psíquico se distingue, poco a poco de lo que es somático.

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.

La autora considera que todo fracaso de este proceso fundamental va a comprometer la capacidad del niño de integrar, y de reconocer como suyo, su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos.

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 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.

6) Todo esto lleva al inconsciente de la madre y a lo que para ella representa el niño en cuestión. Mc Dougall (1991) 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.

3.4. Liberman. Una mirada vincular

Para comprender las fallas de estos pacientes en el proceso de simbolización, Liberman (1993) ubica la responsabilidad de estos resultados en una falla de la simbiosis evolutiva normal. La simbiosis implica una complementación absoluta emocional y material total entre las necesidades del lactante y la madre.

En los casos de pacientes psicosomáticos nos encontramos con madres que abrevian o sortean el paso de compenetración mutua obligada, y privilegian los logros adaptativos de los lactantes, compiten en que hablen prematuramente, deambulen cuanto antes y, cuando acceden a la escolaridad se proponen acelerarla, hasta en algunos casos haciéndoles rendir grados libres. La valoración no es solo materna sino del medio familiar. Esto favorece y estimula el desarrollo prematuro de los receptores sensoriales distales (vista y oído) en detrimento y retraso de los receptores proximales (gusto, olfato y tacto) y los enteroceptivos (kinestesia, cenestesia, térmico, dolor y equilibrio). La hipertrofia de los receptores distales permite una adaptación rápida pero mimética con la realidad ambiental.

Para Liberman (1993) se trata de revisar toda la organización de vida basada en una adaptación psicótica a la realidad, que tiene la apariencia de ser la más cuerda y exitosa. Se debe tomar como propiciatorio que un adulto y más aún un niño hagan un síntoma, porque es el anuncio de que “así no puede seguir más” y que el programa de vida al que se sometió hasta ese momento está forzándolo más allá de sus posibilidades.

Muchos de los ajustes que el paciente psicosomático exhibe con respecto a la realidad, no serían el resultado de registros simbólicos que se fueron inscribiendo gradualmente como consecuencia de la sucesiva elaboración de ansiedades paranoides y depresivas, sino que serían por el contrario, respuestas imitativas donde lo que subyace es un serio fracaso en la simbolización: corresponden a los problemas de pseudoaprendisaje y

pseudomadurez. Sin embargo estos pacientes no presentan el pensamiento concreto típico del paciente psicótico, sino que poseen una patología peculiar del proceso de simbolización, que se expresaría en lo que Liberman define “símbolo fachada”.

3.4.1. Liberman. La relación de estos pacientes con sus primeros objetos familiares

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.

El proyecto de evolución del niño es previo al conocimiento del hijo real con sus características, posibilidades y deseos.

En general son padres persecutoriamente presentes que interfieren en el desenvolvimiento de la línea natural del desarrollo, ya que necesita que el hijo cumpla con la función prevista, se vinculan de modo exigente y controlador con su rendimiento y eficacia.

Sin embargo son padres que 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.

3.4.2. Interacción de la pareja paterna

En términos generales, para Liberman (1993) 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 psicósomático 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 (1993) describe dos tipos de vínculos maternos: “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.

Toda manifestación de ansiedad es vivida como una herida narcisista, como un fracaso personal de su rol, que la desanima y la desorganiza. Esta muy lejos de ser la madre con capacidad de sostén que describe Winnicott (1972) en la que predomina la idea de que le gustaría ser atacada por un niño hambriento y voraz; es decir que puede recibir, tolerar y comprender el aspecto vital de la voracidad oral de su pequeño hijo.

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 las 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.

Ambas han privilegiado una modalidad anal en el vínculo: la “madre que rebota” es un esfínter rígidamente cerrado, que no da entrada; la “madre metebombas” amenaza además con la expulsión y el peligro de muerte. Estas características maternas organizan el ideal del yo infantil y explican los motivos por los que el niño tiende a hacer un desarrollo precoz. La expectativa de recibir amor de la madre es sustituida por la urgencia de tener que dar.

La respuesta de sometimiento del bebé realimenta el circuito patológico.

3.4.3. Padre del paciente psicossomático

Para el autor, el padre del paciente psicossomático presenta 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, capaz de tomar decisiones sobre problemas evolutivos y conflictos emocionales.

Describe dos tipos de padres:

1) El padre esquizoide es el 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.

2) El padre impulsivo tampoco permite la experiencia de regulación de la hostilidad, en tanto ocupa el lugar de otro hermanito que “estalla” y tiene “rabieta” 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

El padre que ha establecido una alianza perversa con la madre supone una mayor patología. Hace un uso sádico del niño, ya sea haciéndole sufrir la exclusión, o bien excitándolo sexualmente. Los padres se ligan en una coalición, asentada sobre la base de la propia conflictiva edípica no resuelta. El vínculo de la pareja es ilusorio y entra en conflicto cuando se corta la posibilidad de excluir, ya sea por crecimiento del hijo, o por progresos del mismo en el análisis.

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 área oculta está conformada por las satisfacciones derivadas del juego de roles pregenitales narcisísticos sobre los que asienta la construcción de la pareja, y que por su índole implican la exclusión del hijo, en tanto tercero no representado.

Esta cualidad de área secreta de relación y la tendencia a establecer alianzas en la pareja, es una característica de los pacientes psicossomáticos.

El hijo se queda con la “fachada” inhibiendo preguntar y explorar más acerca de los padres reales y su relación, quedando “atado” al aspecto que los padres muestran. Sin embargo, percibe que el orden aparente supone un doble oculto diferente. En el futuro el paciente psicossomático arriba a generalizaciones que lo llevan a creer que todo objeto tiene su doble oculto. Estos son intentos de resolver los mensajes contradictorios en que se centra toda la comunicación familiar.

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. Se transformaron en buenos hijos que a través de un pacto narcisístico con sus progenitores, potenciaron mutuamente su omnipotencia, a costa del sufrimiento somático.

Estos padres tienen normas precisas que constituyen todo un programa de acción. La imposición del modelo sobre el hijo real marca una patología básica en el proceso de diferenciación entre el yo y el objeto, dado que interfiere el uso de la agresión como instrumento para revelar las propias necesidades. En la indiscriminación con el objeto es el propio cuerpo el que pasa a ser “extraño” y, en cambio, el cuerpo del objeto es el que debe ser atendido con perentoriedad.

Puede verse que domina una inversión del rol adulto- niño; los padres no logran modificarse y transformarse; es el niño que cambia de acuerdo con el modelo de sus progenitores.

Los padres desean recuperar en el niño el aspecto seguro y protector, sin miedo, del que carecieron ellos mismos.

3.5. *Marta Bekei. La madre del paciente psicossomático*

Bekei (1996) estudia el tipo de ligamen entre el niño y la madre y la estructura yoica en formación.

Algo a tener presente es que la somatización es siempre un proceso autoagresivo. Pero si se produce en un individuo con un Yo bien armado, como respuesta a una vivencia traumática que momentáneamente bloquea su capacidad de mentalizar, esta manifestación somática será un acontecimiento aislado. Ahora, cuando la vivencia traumática se da en un individuo con un Yo débil con característica de estructura somática, hace que ante la imposibilidad de mentalizar de los impulsos afectivos, la somatización no sea pasajera sino constante. Esta diferenciación es un factor de vital importancia que incidirá en la estrategia terapéutica.

Los niños con un Yo bien estructurado conservan su capacidad de jugar y de expresar afecto, mientras que los niños con estructura yoica deficitaria, psicossomática, tiene fuertemente bloqueadas estas capacidades. Son apáticos, no arman ningún juego, apenas participan en él.

También se encuentran diferencias en la calidad de la relación que unen a estos chicos con sus madres. Los que ostentan una estructura psicossomática tienen una relación simbiótica con discriminación precaria yo- no yo, mientras que niños con un Yo intacto no tienen trastornos en este sentido.

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. Este es un proceso complejo. Se realiza sobre la base de potencialidades genéticamente dadas que se activan gracias al cuidado y los estímulos que el bebé recibe de su madre.

Bekei (1996) centra su interés en el proceso de simbolización. Dice que al principio madre-hijo forman una unidad indivisible. En esta etapa no existe 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. Descatetiza 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 psicósomática, que se caracteriza por una vida fantasmática pobre y por restricciones en la capacidad de simbolización.

3) Existe un tercer tipo de madre psicomatizante 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 psicósomática 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.

4. METODO

4.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y consiste en un caso clínico. La presencia de particularidades poco habituales en pacientes con afecciones psicosomáticas, despertó el interés conjunto de la analista tratante como asimismo de la autora del TFI, motivando la elección del caso para el presente trabajo.

4.2. Participante

En función de una norma ética se preserva la identidad de la niña y de su familia, por lo que se describirá a la paciente como a una menor de 8 años de sexo femenino. La niña se presenta al Servicio de Psicodermatología con diagnóstico de psoriasis en gota.

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. Asimismo se concurrió a las supervisiones del caso, que tuvieron lugar en la sede de la institución Nueva Fuente. Los datos obtenidos fueron debidamente registrados en un Cuaderno de Notas, tratando de preservar detalles pertinentes en forma fidedigna.

5. DESARROLLO

5.1. Condiciones del tratamiento

La duración del tratamiento que se brinda en el espacio Hospitalario es de ocho meses y la frecuencia es de un encuentro semanal. La modalidad de trabajo fue a través del juego, por ser la vía óptima de acceso a la dramática de las relaciones objetales y un campo privilegiado para la reconstrucción de la historia vincular.

Una de las tareas de la analista fue la decodificación de la emoción que M intentaba disociar o evacuar. La niña necesitaba retomar el desarrollo deficitario de los procesos de simbolización, a partir de la inscripción de un nombre para cada una de sus emociones; se consideró importante que la paciente logre discriminar diferentes tipos de afectos, en lugar de estados de malestar físico.

Diferenciar y nombrar diferentes tipos de emociones fue el paso preliminar, a partir del cual el analista pudo luego construir, junto con la niña los distintos matices de los vínculos originales.

5. 2. Material clínico

M tenía siete años cuando fue derivada por el servicio de Dermatología del Hospital al servicio de Psicodermatología por presentar lesión en piel. El diagnóstico médico fue Psoriasis en gota.

A la admisión concurren M y su madre S, ama de casa, de 40 años de edad, quien relató tener serios problemas con el papá de su hija, que derivaban en un ambiente de mucha tensión y discusiones. El relato fue hecho delante de su hija sin el menor reparo.

Según el analista a la madre se la vio sobrepasada por la situación, y todo el relato lo hizo delante de su hija sin el menor reparo.

La madre se presenta a la primera entrevista junto con la menor, desatendiendo expresas indicaciones dadas por la profesional tratante de que concurra sola. Esta situación se vuelve a repetir en la segunda entrevista. Madre e hija presentaban una apariencia física similar; la madre en la entrevista refiriéndose a la menor, comentó: "M es muy voraz". A continuación miró a su hija y le dijo: "yo no puedo no comer para que adelgaces vos".

Según relata la madre, el problema es que su hija es muy ansiosa, que todo lo quiere ya, lo que se repite de igual manera en el colegio.

A través del juego, se observó que al escribir confundía algunas letras y palabras. Sobre todo presentaba dificultades con la letra R. Sin embargo, no menciona su propia dificultad con la pronunciación de esta letra cuando manifiesta las dificultades que tiene su hija con dicha consonante, y a su vez no

hace mención alguna a otras letras que la menor no puede pronunciar correctamente.

En el colegio se refirieron a M de manera similar a como lo hacía su madre, describiéndola como caprichosa y mentirosa. Sin embargo en el espacio terapéutico, se mostró de manera cariñosa y obediente frente a su analista, la cual evaluó que la niña tenía recursos y posibilidades de mejoría.

En la primera entrevista de orientación a padres concurren la madre, el padre y M, contradiciendo la expresa indicación de que concurrieran sin la niña. El padre manifestó su reconocer de la importancia del tratamiento. Se buscó comprometer al padre con el mismo.

Al mes de iniciado el tratamiento, la madre es derivada a un tratamiento psicológico a partir de que comienza a abandonar el tratamiento médico de su hija. Dejó de llevarla al dermatólogo y no le colocaba la crema prescrita por el mismo. La madre relató que no le colocaba la crema porque según sus propias palabras, “era una tortura”, “que le ardía y que la levantaban a las cinco de la mañana para colocarle la crema”, no quedando claro si lo hacía en referencia a ella o a su hija, ya que ella había tenido psoriasis a los seis años.

Al poco tiempo de iniciado el tratamiento, la abuela de M se va a vivir a Italia por un año. Fue difícil tanto para M como para S, ya que las tres eran muy unidas entre sí.

La madre refiere que su esposo es muy violento a nivel verbal, que la desvaloriza y que cuando la insultaba le decía “puta”.

El padre admite ser violento y agresivo. Es muy avasallador y habla como mostrando que él tiene “la posta de lo que ocurre”. Menciona haber tenido una pelea muy grande con su mujer pero no relata lo sucedido.

En el espacio de supervisión se consideró pertinente que la analista de S expusiera el motivo de la pelea entre S y su esposo. Según S, en una reunión familiar, el hermano de su esposo dice textualmente: “me cogí a S”. Ella hizo de cuenta que no escucho nada, y, ante esta situación, su esposo no intervino. A continuación el marido inicio una discusión muy fuerte con ella por este motivo, lo que coincide con un rebrote de psoriasis en M.

La madre también contó que la abuela paterna de M murió en circunstancias extrañas. A otro de los hermanos de su marido se le escapó un tiro y mata a su

madre. El nombre de esta abuela paterna era I, que coincide con el segundo nombre de M.

M sólo hablaba de sus peleas constantes con su hermano, omitiendo referirse a otros enfrentamientos y discusiones que ocurrían en su familia.

Al cabo de un mes de tratamiento, se le pidió que dibuje una familia de animales, describiendo que miembro de su familia es cada uno, y que la titule.

M dibujó animales que se pelean: dibujó un león, al que ella le puso el nombre de perro y que era su padre, que peleaba con un cobayo que era su mamá. En el ángulo derecho inferior, dibujó a un conejo, que la autorepresentaba, y a una araña, que era su hermano. Los dibujos fueron enmarcados por una especie de carpa de circo cuyo título era: "Familia Loca".

Tiempo después de iniciado tratamiento, la analista tomó conocimiento que la madre le hacía las tareas escolares a M.

Una de las tareas preferidas de M era dibujar y colocarle mucha brillantina a sus dibujos, así como jugar a pintarse la cara. El resto de las propuestas de la analista presentaba poco interés y entusiasmo en la niña.

5. 3. Dirección del tratamiento

Durante las sesiones que formaron parte del tratamiento psicoterapéutico, se trabajaron los siguientes aspectos:

-Las pérdidas y las separaciones no elaboradas: un ejemplo de ello fue cuando la abuela de M se fue a Italia. Se buscó trabajar que, si bien la abuela estaba lejos, iba a volver. Durante su ausencia, M le escribió una carta. Se le preguntó que aspectos extrañaba de su abuela y se le solicitó que los plasmara por escrito.

Un dato significativo es que la madre no envió la carta. También se trabajó sobre qué posición adoptó la niña ante esta actitud por parte de su madre.

-Se buscó "blanquear" situaciones de violencia familiar no explicitadas a nivel familiar y cómo estas concordaban con los brotes que M presentaba a lo largo del tratamiento.

-Con respecto al ámbito escolar, se direccionó el proceso terapéutico en dos aspectos: con la niña, en la anticipación y la preparación ante situaciones que la ponían ansiosa como las tareas requeridas por la escuela; con la madre, se buscó evitar que le realizara las tareas escolares a su hija.

-Se trabajó la relación de la menor con su cuerpo y ante la mirada de los demás, en relación a sus manchas que presentaba con mayor preeminencia en sus párpados, orejas, cuero cabelludo, que en el resto del cuerpo. Antes del tratamiento, M antes del tratamiento iba a la playa con remera.

-Un objetivo importante que se trató durante las sesiones fue que M progresivamente ligue que la psoriasis se relaciona con su cuerpo y con las situaciones que atraviesa. En tal sentido se destaca la importancia del logro terapéutico cuando la menor pudo reconocer dicha asociación mente- cuerpo, al manifestar que se brotaba cuando se ponía nerviosa.

-Se rescataron aspectos positivos y de “brillo” de M, desapercibidos en su entorno más próximo. En el espacio del análisis la niña pudo desplegar aspectos femeninos, que quedaron plasmados en sus dibujos.

Un tiempo antes que se cumplieran los plazos de finalización de tratamiento dentro del Hospital, se trabajó con la madre la necesidad de continuar con el tratamiento de M. Se acordó continuar con el mismo en la red asistencial de la institución.

Cumplido el plazo de tratamiento dentro del Hospital, se citó al padre y a la madre con nuevo día y horario en la red asistencial. No asistieron al encuentro a pesar de lo que se había pautado entre las partes.

Desde el inicio, la analista pudo ver otros aspectos de M que no eran advertidos por su entorno inmediato. Algo del brillo propio aparecía en su placer por dibujar con elementos que tuvieran brillantina (pegamentos, marcadores y lápices). También disfrutaba pintándose su propio rostro o el de su analista.

Lo expuesto precedentemente apuntaría a una descripción de la estructura psíquica de la menor del orden de la neurosis, sin embargo, si bien no estaba tomada por la pulsión de muerte, presentaba partes siniestras expresadas en las lesiones en su piel.

M presentó recaídas cuando se suspendió el tratamiento durante el receso escolar en el mes de julio.

5.4. Análisis del caso M

El interés del trabajo clínico estuvo centrado en la observación y en la modalidad vincular entre madre e hija y sus vicisitudes.

Desde el momento de la admisión ya puede accederse al vínculo existente entre M y su madre. A la madre se la ve desbordada y no tiene el menor reparo en hablar de todo y de manera indiscriminada delante de su hija.

En el inicio de las entrevistas, se le solicita a la madre que concurra sin M en el próximo encuentro. Desatendiendo este pedido, la progenitora igual concurre con la niña, situación que vuelve a repetirse la siguiente sesión.

En el discurso no se lograba discriminar cuáles de los sucesos relatados por la madre le acontecieron a S, y cuáles a M.

La madre reconoce las dificultades de M en relación a la letra R, pero no con el resto de las letras, en donde reconoce las dificultades que tienen que ver con ella pero no reconoce las dificultades propias de M.

Desde McDougall (1991), se puede pensar en la noción de un cuerpo para dos, en donde madre e hija quedaban pegadas e indiscriminadas.

S no apareció como una madre nutricia que buscara la autonomía corporal y psíquica de M, sino que parecía obstaculizar ese proceso.

Desde Liberman(1993), podemos decir que la mamá estaba persecutoriamente presente, pero presentaba serias fallas de empatía para captar las dificultades y las posibilidades de M.

Esta madre puede conceptualizarse dentro del tipo de vínculo que describe Liberman (op.cit.) de “la madre que rebota”, pues se detectó una desconexión afectiva que no le permitía recibir y procesar el mensaje de M. S apareció como

una madre que no podía contener las ansiedades y dificultades de su hija, manifestándose desencantada por su conducta.

La madre apareció como una madre intrusiva, algo que se observa en las entrevistas, invadiendo la intimidad de M, por ejemplo haciéndole la tarea. En tal sentido, la psoriasis del cuerpo y de la cabeza podría cumplir la función de proteger y ocultar los pensamientos de la menor y de esta manera asegurar un mundo interno privado.

La escisión parecía estar en la madre, y la enfermedad la padecía M, no permitiendo que su hija se saliera de la pauta, logrando que nada cambie y de esa manera inconscientemente tener un cuerpo sano en la medida que la enfermedad la portaba M. Por momentos la madre pareció no tolerar los avances de su hija hacia la autonomía y la independencia, e incluso obstaculizó sus intentos de diferenciarse.

Al mes de iniciado el tratamiento, la madre dejó de colocarle la crema indicada por el dermatólogo alegando que “es una tortura”, “que le ardía y se tenía que levantar a las cinco de la mañana para colocarle la crema”. En el relato nuevamente no queda claro de quién está hablando, si se refiere a su hija o a su propia experiencia.

Desde la teoría freudiana, se puede inferir que esta imposibilidad de colocarle la crema a la hija, remite a pensar que cuando M era bebé no contó con una madre que haya podido tocar, libidinizar y significar su cuerpo.

Según Liberman (1993), este padre sería un padre inoperante que no logró separar a la madre de M. Con características esquizoides e impulsivas, llegó a admitir la necesidad de la continuidad del tratamiento de su hija, pero no logró imponerse ante la madre para que M pudiera continuar en tratamiento en la red asistencial.

La interacción de la pareja paterna estaba basada en una relación pregenital e infantil en donde juegan roles complementarios víctima-victimario. Tal modalidad de relación se desprende de los comentarios de la madre en relación a los maltratos y agresiones que recibe del padre de M, así como por el dibujo realizado por M de la familia de animales que pelean.

Este tipo de relación, impedía a los padres, concebirse como adultos y hacerse cargo de M. Se observó un fracaso en la red comunicacional triangular, donde prevalece una relación diádica entre M y su madre.

En el dibujo de la familia de animales, M dibujó a un león, que dice que es su papá y un cobayo que de acuerdo a su descripción representaría a su mamá. Además graficó un límite o cerco que envuelve a las figuras de forma impenetrable. En general, los niños con trastornos en piel, suelen constituir en la hora de juego, cercos o fuertes que amparan a seres indefensos o enfermos, y que constantemente son amenazados por soldados enemigos o animales feroces.

En otra área del dibujo hay un conejo que la paciente dice que es ella, que pelea con una araña que representa a su hermano. El dibujo fue denominado “Familia Loca”, título que denunciaba la modalidad de interacción del grupo familiar.

Podemos pensar desde las series complementarias descritas por Freud (1916), la dimensión biográfica y relacional del desarrollo psicosexual de M tomando algunos factores desencadenantes o frustrantes que estuvieron presentes en la vida de la menor.

En esta familia hubo muchas situaciones de violencia y pérdidas que no fueron ligadas significativamente:

- 1) La abuela materna, quien mantenía un vínculo muy cercano con su nieta y su hija, se fue de viaje a Italia.
- 2) La abuela paterna murió en circunstancias nunca aclaradas (“blanqueadas”) por la familia. Un tío paterno de M abrió disparado accidentalmente un arma, causando la muerte a su abuela paterna. M parecía “llenar” el vacío dejado por la muerte de la abuela paterna, cuyo nombre coincidía con el segundo nombre de la paciente.
- 3) El padre agredía a la madre en varias ocasiones. M también tenía fuertes peleas con su hermano.

Según Bekei (1996), en este caso la somatización se habría producido con un Yo débil, como respuesta a las diferentes vivencias traumáticas que bloquearon su capacidad de simbolizar de manera crónica.

Ante estos hechos se incrementaba la angustia como un proceso corporal (angustia automática), pues no se llegaba a constituir como un estado mental.

Esto se traducía en la irrupción de ansiedades arcaicas, dificultades para registrar, contener y reconocer sus experiencias emocionales, que eran evacuadas en su piel.

Hay muchos aspectos de las relaciones familiares que permanecieron ocultos y silenciados durante el tratamiento, quedándose M solo con una fachada. A partir de que la madre fue derivada por haber abandonado el tratamiento dermatológico de su hija, es cuando aparecen cuestiones omitidas de la historia familiar.

Sobre el final del tratamiento, durante las supervisiones, la analista en varias ocasiones, cuando se refería a las marcas de la psoriasis en M, en vez de decir que se habían “limpiado”, decía que se habían “blanqueado”. Había circunstancias de la historia familiar que se habían revelado durante el tratamiento, relacionadas con la muerte de la abuela paterna de M, así como las diferentes formas de violencia en la que estaba inmersa la niña.

El elemento clave estaba en que M, para constituirse como sujeto, tenía que separarse de la madre, sin un padre que allí interviniera desde lo simbólico.

La indicación de un tratamiento psicológico para la madre apuntó a intentar diferenciar a la madre de la hija, y evitar “un tratamiento para dos”. De esa manera se lograría que la madre pudiera tocar el cuerpo de su hija, como un cuerpo diferenciado del propio, y así poder colocarle la crema.

Tomando a Winnicott (1971), el trabajo con M apuntó a la constitución de un vínculo, de un espacio transicional, que permitió la construcción de un espacio ideo-afectivo que era deficitario.

Algo significativo fue que la falta de narcisización en la niña no hizo difícil la instalación de la transferencia y que se fue logrando de manera progresiva una confianza depositada en este nuevo objeto-analista.

6. CONCLUSIONES

M, cuando ante una piedra alguien se detuvo a ver su brillo.

Los niños con trastornos psicosomáticos requieren de un tratamiento con características específicas y diferenciales.

Numerosos autores que hablan de psicósomática, coinciden en que en estos pacientes encontramos fallas importantes en la relación madre e hijo en tiempos instituyentes para el sujeto.

El tipo de vínculo se caracteriza por la incapacidad de la madre de libidinizar el cuerpo de su hijo y de interpretar sus necesidades.

A partir de las fallas en el proceso de simbiosis normal, en donde no pudo instalarse algo del orden de la ilusión a través de este vínculo, quedará afectada la capacidad de simbolizar. En general en estos pacientes nos encontramos con pérdidas no trabajadas donde el cuerpo quedó a cargo de responder.

La tarea del analista será ir haciendo historia y enlazando aquello que no tiene palabras, dándole sentido a lo que pasa orgánicamente para que el organismo vaya tomando la dimensión de cuerpo. A través de lo amoroso se buscará juntar la representación con el afecto, así como en diferentes ocasiones se hará un préstamo simbólico.

En un tiempo aún de constitución subjetiva, el analista apuntará al fortalecimiento yoico de la niño así como a la construcción de otras defensas.

Desde el aspecto transferencial, muchas veces aparecen sensaciones de vacío y de desolación del lado del analista, que nos habla de las fallas tempranas en el vínculo. El niño no pudo verse en el rostro de la madre y el analista funcionara como un espejo que le devolverá alguna imagen.

En estos casos no se interpreta la transferencia erótica ni se la ve como transferencia negativa, sino como efecto del trabajo que se fue haciendo.

El trabajo es de construcción del aparato psíquico y no de interpretación de un conflicto, ya que eso corresponde a un estado de mayor complejidad. Se puede pensar al trabajo terapéutico como estructurante, donde el analista funciona como yo auxiliar y de alguna manera "compite" con la madre.

El espacio analítico es una construcción de un espacio transicional del que careció el niño y que permita a través del juego lograr reinstalar un proceso de integración. De otro modo, mundo interno y mundo externo permanecerán disociados uno del otro, residiendo en tal situación el estado de enfermedad en el paciente.

Un elemento clave parece estar en que el sujeto para constituirse como tal, va a tener que separarse de la madre y allí la presencia o ausencia de un padre que intervenga desde lo simbólico es fundamental. En estos pacientes nos encontramos con padres inoperantes, ausentes en el mundo simbólico de la madre y del niño. Se apunta a comprometer al padre en este proceso, así como

a incluir permanentemente al médico dermatólogo para lograr pasar de la relación dual a la triangularidad edípica.

Trabajar con la infancia, con niños y su desarrollo, nos lleva a habitar un espacio incierto y muchas veces olvidado para los adultos.

Más que pensar acerca de un niño parece necesario animarse a habitar su propio espacio sin saber lo que allí va a pasar.

Pareciera que lo que muchas veces denominamos dificultades teóricas para el abordaje de la infancia, tiene más que ver con nuestras dificultades como adultos de dejarnos desbordar y desordenar por el mundo que el niño nos presenta. Para ellos primero deberemos soportar el vacío, el vértigo, ese no saber que le pasa ni por que, evitando aferrarnos a una técnica o a una teoría en especial.

Atravesar momentos de desorden y de desconcierto permitirá que pueda aparecer el sufrimiento del niño sobre todo cuando encontramos problemas en la estructuración subjetiva.

El impacto de trabajar con niños que presentan lesiones visibles en la piel reside en tolerar la sorpresa y la metamorfosis como dos elementos de lo siniestro. Parte del trabajo será la desocultación de lo implícito, de lo no dicho por los padres que siempre incluye una relación con la muerte. Se tratará de esclarecer los misterios familiares y la indagación de los motivos que guían la conducta del medio familiar inmediato.

El caso objeto del presente trabajo no se ajustaba en algunos aspectos, con las descripciones hecha por algunos especialistas en psicósomática, por ejemplo en cuanto a la presencia sobreadaptación o de alexitimia. Dicha circunstancia llevó a volver a tomar “el caso por caso”, en lugar de trabajar en base las descripciones sobre cómo se supone que debe ser un paciente psicósomático.

El caso clínico seleccionado a partir de la escucha de diferentes historias que eran trabajadas en el espacio de supervisión. Determinados aspectos de la posición de la analista en relación a la niña apareció como propiciatorio.

A partir del análisis del caso, se podría afirmar que algo falló en la simbiosis evolutiva, donde no hubo una suficiente complementación material y emocional entre S y M.

La enfermedad dermatológica apareció como una coraza que cumplía una doble función defensiva: las capas de piel de la placa psoriásica, por un lado,

ahuyentaban objetos sentidos como invasores de un territorio mal delimitado, y por otro lado “envolvían y protegían” a la paciente de elementos agresivos.

Descriptivamente podemos decir que la placa psoriasica presentaba una apariencia similar a la “mica”. En el diccionario de la Real Academia Española, encontramos que la palabra mica tiene dos acepciones, una de ellas es: mineral compuesto de hojuelas brillantes, elásticas y delgadas. Es un silicato múltiple con colores muy diversos y que forma parte integrante de varias rocas”. La otra acepción es: coqueta, mujer que coquetea.

Algunos de los elementos precedentemente descriptos estuvieron desde el inicio del proceso, en relación a la transferencial. La analista pudo ver en la placa psoriasica, no solo los aspectos de la enfermedad, sino algo del “brillo” y de los aspectos femeninos de M que no eran percibidos por la madre, ni por las maestras de la menor.

Luego de ocho meses de tratamiento, se logró que M devenga paciente, que se vaya conectando con su deseo, y que, de esa manera, fuera mejorando la cuestión somática.

A partir del recorrido del presente trabajo, una de las conclusiones que se considera importante destacar sería que el análisis con niños constituye un desafío a que pueda emerger un sujeto del inconsciente, sabiendo que con cada uno de los pacientes partimos de lugares diferentes.

Lacan va a decir: “La invención del inconsciente puede hacer que algo deje de ser psicosomático”.

7. BIBLIOGRAFIA

Bekei, M. (1996) "Enfoque Psicossomático de la Alopecia Areata". En: *Lectura de lo Psicossomático*. Buenos Aires: Lugar.

Freud, S. (1985). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del Placer*. Buenos Aires: Amorrortu.

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

Levin, E. (2003). *La función del hijo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

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

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

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

Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.