

## Un caso de poliartritis reumatoidea

Act. Psicol. Año XXIX Nro. 324 2004.

Lic. Luis Alberto Stoppiello.

### Caso clínico

La madre de Federica pide un turno para su hija coincidiendo con su estadía en Italia. Vive en Francia, es italiana, tiene 25 años, terminó la carrera de traductorado e interpretariado y está preparando su tesis. Es la menor de 3 hermanos: Alejandra de 30 años vive en Torino y se someterá a una operación para cambiar de sexo, Pedro de 27 años estudia en Milán.

En la primer entrevista planteo la particularidad de la variable geográfica, como viaja regularmente a una ciudad cercana a la mia dice que podemos vernos. “Mi mamá me mandó”, “tengo problemas para concentrarme y estudiar”, “soy ansiosa y ciclotímica”, “tengo culpa por todo, por ejemplo porque no hago la tesis”, “a veces interrumpo lo que estoy haciendo y sueño despierta”.

Me llama la atención su discurso, o habla mucho y seguido, sin los puntos que marcan una pausa o los silencios no se pueden llenar con ninguna palabra. Salta de un tema a otro sin una lógica aparente y me cuesta seguirla en la sucesión de los hechos.

La madre nació en el norte italiano pero se fue a vivir al sur cuando se casó con el esposo que es meridional y la llevó a su pueblo. La recuerda desde chica extrañar el norte. Hace 4 años los padres se separaron luego de un matrimonio infeliz de 25 años, “tantos años y no hemos resuelto nada”. Cuando señalo el “nosotros” implícito, dando a entender que ella se incluye, agrega “es que yo siempre estaba en el medio de la tormenta (las discusiones)”.

Habla de la separación difícil de los padres y de la preocupación que le genera la madre, sola y deprimida. “Verla a ella es como verme un poco a mi misma”, “tengo miedo de ser una persona triste. En casa sólo Alejandra no es melancólica, sabe lo que quiere, es alegre y activa.

Vive en un estado permanente de tensión, “esto lo aprendí en casa, ahora no me relajo ni con mis amigos. Papá estaba siempre enojado y era malo, sin embargo con los de afuera era buenísimo”, “él es muy frío, nunca nos aconsejó ni nos escuchó pero nos controlaba mucho”. Todavía le duelen los silencios gélidos de la casa, los almuerzos y las cenas sin decir una palabra, mientras se tragaba porciones de angustia y “la violencia de las cosas no dichas”.

Le gusta salir y conocer gente pero también estar sola y escuchar música para relajarse. Las compañías la estresan, al principio está interesada pero cuando conoce a la persona se aburre. Siente que no hace nada, lo asocia con lo que le decían sus padres: “no pierdas tiempo”.

Sólo una vez se sintió libre y relajada, durante unas vacaciones en Asia. “No conocía a nadie y no era dependiente del juicio de los otros” “Acá siento un peso, varias personas esperan de mi algo: mi familia, mi ex novio, mi coinquilina, una amiga. Me siento en el deber de ser de un cierto modo, no tener problemas”.

La madre desde chicos los alentó a ser independientes, viajar y estudiar lejos, como una forma de escapar del clima familiar. Se trataba de una imposición, sentía la presión y no podía elegir.

De sus sentimientos dice “siento rabia pero no hago nada”, “nunca tuve un desahogo, siempre me muestro feliz porque un chico no quiere estar con una persona triste”, “siento la agresividad pero me muestro gentil”.

Tiene problemas de salud: acné, dificultades para digerir ciertos alimentos y ardor de estómago, dolores de cabeza y deja para lo último su poliartritis reumatoidea. Empezó hace varios meses con dolor en la mano derecha pero después se extendió a la otra y a las piernas. Siente dolor, cansancio, debilidad y falta de energía.

En otras entrevistas habla de su compulsión a comprar y de su culpa posterior. Compra mucha ropa, quiere ser original y estar bien arreglada. Se compara con otras chicas pero se estresa porque las ve perfectas y hermosas. Ella copia a sus amigas pero si alguien la copia se enoja.

Su lista de miedos: ser dependiente, la soledad, tener una enfermedad grave, ser juzgada por los demás, decir que está bien por temor a un boicot ajeno, las miradas y los comentarios de la gente del pueblo natal, ser una persona triste, recibir una mala noticia cuando suena el celular y perder un ser querido.

No se imagina casada. “No podría aceptar una relación de compromiso. El miedo de tener una relación es más grande que el deseo de tenerla”. Ella quiere recibir y no dar nada. “Si yo guío el juego me siento fría”, “quisiera un novio comprensivo, gentil, alegre, afectuoso, respetuoso...todo lo contrario de los chicos con los que me engancho (ríe)”. Si alguien le está muy atrás y pendiente, pierde el interés, tiene que ser alguien distante, misterioso, ausente, que no le preste mucha atención. Por miedo a perderlos los prueba, “si me quieren que me esperen, pero así los pierdo (se ríe)”. Ve periódicamente a sus ex parejas, incluso en el mismo día y tiene relaciones sexuales. Le cuesta dejar de verlos y siente culpa por lo que hace.

Cuando discute con un chico, se estresa tanto que llega un momento en el cual no puede hablar más en francés, se calla o le salen las palabras en italiano. Esto lo asocia con las discusiones entre los padres, estaba en el medio pero callada.

Respecto a si misma no sabe qué quiere, “no sé de dónde vengo ni a dónde voy”, “me siento confusa, desorganizada, no me puedo concentrar”, “me duele mi historia, me siento destruida”, “como no sé qué quiero, copio a los demás”, “no me puedo proyectar en el futuro, no me veo”, “soy pesimista. La vida es difícil y mañana será más difícil”, “llevo encima la herencia familiar, fracasar y repetir historias, no se puede hacer nada contra eso”, “mi problema es que no tengo las ideas claras, entonces no puedo hacer nada”.

Está contenta de haberse ido del pueblo natal, había muchos prejuicios y la gente hablaba mal de todos...incluida ella. Recuerda una vez que la miraban mal y después se enteró que decían que era una prostituta, ”justo yo, que no miraba ni saludaba a nadie y encima era virgen” “No tengo recuerdos lindos de allá, no me dió nunca alegría”.

La madre les decía siempre que anduvieran con una sonrisa, que demostraran estar bien y que no abrieran la boca. Relaciona estos hechos de la infancia y su tendencia a estar siempre con una sonrisa. Lleva puesta una máscara que llama “la alegre sin problemas”. La del padre es “el alegre pero fuera de casa”, la de la madre es “la alegre, la que duerme o no se lamenta nunca”. Irónica, asocia su infancia desdichada con el nombre compuesto del pueblo, que empieza con la palabra “Alegría ...”.

No avanza con la tesis y solicita posponer la entrega varias veces alegando problemas de salud lo cual es aceptado, pero esto produce un efecto boomerang, el tiempo se le vuelve en contra al sentirse autoexigida a presentar un trabajo perfecto. Al principio no sabe qué poner, transcribe párrafos de autores que convierten el texto en un collage inconexo, “no puedo llegar a una elaboración propia”. Asocia “la tesis es la metáfora de mi vida, voy para adelante y para atrás”, “no me siento capaz de decir las cosas con mis palabras y expresar mis pensamientos”.

En una sesión el tema son la rabia, tristeza e incomunicación que tiene guardadas en su interior y que quisiera decirle a su padre pero cuando habla por teléfono con él, está muy tensa y atenta a lo que dice. No quiere que se le escape nada que pueda empeorar las cosas. Le molesta pero reconoce que depende económicamente de él y si se enojara, no le pasaría dinero.

Comparte el departamento con dos amigas y tiene problemas con una, cuando Misha la criticó porque no era responsable en el trabajo (limpieza y administración de una sala de danzas). La amiga le dijo que la apreciaba y por eso lo decía pero Federica lo sintió como una traición, un acto de falsedad y envidia: “quiere quedarse con mi trabajo. Es ambiciosa y copia todo lo que yo hago”. Está enojada consigo misma porque no le dijo todo lo que pensaba. En una sesión reconoce su envidia hacia Misha: “es segura de si misma y consigue todo lo que quiere”. Meses después, por intermediación de la otra amiga, habló con ella. Dijo lo que pensaba pero cree que las cosas no cambiarán en nada, lo positivo para ella es que se descargó: “vací el buche (\*)”

Con el tiempo empieza a jerarquizar prioridades: “terminar la tesis es lo primero junto con mi salud”. Rehace los capítulos con dificultad y los amplía para mejorarlos. “Ahora me siento segura con la tesis, la siento como propia”.

En una sesión habla del futuro y enumera sus planes: recibirse y hacer un viaje; estar bien de salud; tener novio; vivir en Francia; trabajar en turismo para conocer gente, practicar idiomas y conocer lugares.

Una de las últimas veces que la vi, no retomó tratamiento luego de un viaje que realicé y del cual avisé con suficiente antelación, comenta que se siente más agresiva, dice lo que le molesta de la gente: “ya no me callo como antes”.

Varios meses después, la madre se comunica conmigo para contarme que Federica presentó la tesis y se recibió con buenas calificaciones. Se fue de vacaciones al Caribe, la poliartritis reumatoidea no avanzó y vive en Francia.

### **Discurso médico**

La Poliartritis Reumatoidea (1) pertenece al grupo de las enfermedades autoinmunes y consiste en la inflamación del revestimiento de las articulaciones. Las más afectadas son las manos, muñecas, codos, hombros, cuello, mandíbulas, cadera, rodillas, tobillos y pies, también ciertos órganos internos como el corazón y pulmones.

Los síntomas son inflamación, rigidez o tumefacción articular matinal, hipersensibilidad, calor, enrojecimiento, hinchazón, dificultades para moverse, pérdida de apetito y peso, fiebre baja, poca energía, anemia, nódulos reumatoideos, Síndrome de Sjorgen, vasculitis y dolor articular.

Puede afectar distintas partes del cuerpo, en general de modo simétrico (articulaciones de ambos lados del cuerpo) o ser sistémica (todo el cuerpo). Los daños que provoca pueden afectar los cartílagos, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones. Pasa por períodos de exacerbación y de remisión.

Se presenta a cualquier edad pero mayoritariamente en adultos jóvenes o de mediana edad (entre 40 y 60 años y en particular mujeres, en una proporción de 3 a 1 respecto a los hombres). Se presenta en todos los grupos étnicos, con predominio del 1% de la población.

Entre las causas se enuncia la predisposición genética (por la asociación de determinados genes que generan un tercio de probabilidad de riesgo), infecciones, lesiones, cambios hormonales, embarazo, factores ambientales (dos tercios de probabilidad de riesgo), estrés crónico y causas psicológicas. Aunque no se conoce fehacientemente la causa, se sabe que el sistema inmunológico desempeña un rol fundamental en el ataque que sufren las propias articulaciones y órganos por parte del sistema de defensa del organismo. Parecería que tres componentes deben interactuar para desencadenar el inicio: la predisposición genética, un estímulo antigénico y la activación del sistema inmunitario.

La enfermedad no tiene cura por el momento, para tratar los síntomas, bloquear la respuesta autoinmune y retardar o detener la evolución de la enfermedad se emplean medicamentos específicos. Se aconseja terapia rehabilitativa con ejercicios especiales para mantener las articulaciones flexibles y los músculos fuertes; terapia ocupacional; reposo y control del corazón y los pulmones. Sólo en casos extremos se utiliza cirugía reparadora.

Al tratarse de una enfermedad autoinmune, es fundamental comprender los mecanismos de autodefensa del cuerpo humano y sus anomalías. El sistema inmune protege al organismo de sustancias potencialmente nocivas (antígenos) como los microorganismos, las toxinas, las células cancerosas y la sangre o los tejidos de otra persona o especie. La respuesta inmune destruye los antígenos y esto incluye la producción de anticuerpos (moléculas que se adhieren a los antígenos y los hacen más susceptibles a su destrucción) y la sensibilización de los linfocitos (glóbulos blancos especializados que reconocen y destruyen determinados antígenos).

Lo normal es que el sistema inmune reconozca y diferencie los tejidos propios de los ajenos pero actualmente se desconoce el mecanismo que causa la interrupción del control de los linfocitos

para que no ataquen el material somático propio. Algunos autores sostienen que varios microorganismos y medicamentos pueden desencadenar cambios específicos en los tejidos que provocarían la respuesta autoinmune, especialmente en aquellos individuos con predisposición genética.

Si la respuesta inmune es el procedimiento que utiliza el cuerpo para defenderse de la enfermedad identificando y destruyendo microorganismos extraños que invaden el cuerpo, la autoinmunidad es la respuesta inmune “vuelta contra si misma”, es decir, que toma como objeto del ataque al propio cuerpo o algo del propio cuerpo.

Como las enfermedades autoinmunes son comunmente crónicas, requieren de un control médico de por vida, aun cuando la persona parezca estar bien. Con control regular y tratamiento adecuado, muchos individuos afectados pueden llevar una vida con normalidad.

### **Discurso psicossomático**

Diversos autores se han ocupado de las afecciones psicossomáticas y en particular del reumatismo. A continuación presentaré algunos conceptos desarrollados en torno a estos temas.

Alexander incorporó la artritis reumatoidea entre las enfermedades psicossomáticas clásicas y lo relacionó con un “esquema dinámico específico”, caracterizado por un estado de hostilidad agresiva crónicamente inhibido y dirigido contra cualquier forma de constricción externa o interna.

El desencadenamiento de la respuesta autoinmune implica una “vuelta contra si mismo”, con el correspondiente cambio de actividad: de la autodefensa se pasa al autoataque (2). El yo, agente de la autoconservación, es decodificado en términos de enemigo y contra su fuente psicossomática va dirigida la reacción autoinmune.

El reconocimiento y la diferenciación entre lo propio y lo ajeno toma como referencia al eje yo-no yo, ejerciendo una función de vigilancia para detectar lo que se altera, lo que muta o cambia a tal punto que puede constituirse en un peligro para la función de autoconservación del yo.

Ammon (4) desde un enfoque relacional contribuyó a la intelección de lo que sucede tomando como base la interacción entre el niño y su grupo primario. Parte de una alteración estructural del yo por la intersección de la madre o del grupo primario para la constitución de la identidad del niño. Esto crea la base específica de predisposición a la enfermedad, entendida como “...un rechazo más o menos sistemático del elemental y vital derecho a saber que cada uno de nosotros es y a poder percibirse y realizarse como una única y particular persona” (5) (\*\*). El déficit del proceso de socialización primaria es reforzado posteriormente por la socialización secundaria (los ámbitos institucionales y laborales representarán a la madre negadora de autonomía).

El niño es obligado por la progenitora a renunciar al desarrollo y delimitación de su propia identidad y a la asunción de una pseudo-identidad, portadora de los síntomas. El grupo primario acompaña y refuerza este proceso, por tener también una pseudoidentidad.

La madre juega un rol estratégico, en tanto “elemento intermediario” representa al grupo primario en las relaciones con el niño y al mismo tiempo representa al niño y sus necesidades en las relaciones con el grupo primario. Esta función de mediación materna está estrechamente vinculada con la simbiosis y lo que sucede en su interior determina las características del desarrollo del yo corporal y de la formación de la identidad corporal, constitutivos de los ulteriores desarrollos del sujeto.

Aunque cada patología se presente bajo el aspecto de una afección individual es expresión de un disturbio del proceso interpersonal del desarrollo psicossomático, el enfermo es portavoz y portador de una sintomatología que expresa la patología del grupo.

Desde la historia interaccional el sujeto “aprendió” a responder en modo inadecuado y sobreadaptado a las situaciones de stress. Esto genera una lesión estructural en el yo, déficit narcisístico correspondiente al estadio del narcisismo primario que genera los “agujeros yoicos” con fronteras confusas hacia el exterior y el interior. El falso self sirve de protección al yo dañado, pues

el yo corporal no está adecuadamente estructurado y el síntoma funciona como contrapeso para intentar estabilizarlo ante los peligros de una desintegración yoica.

Una vez interiorizado el grupo primario, la sumisión a los objetos del grupo interno lo lleva a las respuestas de sobreadaptación. La dependencia hacia un objeto o grupo de objetos externos que funcionan como representantes de un objeto interno, hacen de estabilizador externo del yo.

La actitud predominante respecto a los objetos introyectados va desde la sumisión a la fuga y la ambivalencia lleva a una búsqueda continúa de objetos externos de identificación y adaptación, pero con características de desconfianza paranoica, pues estos objetos externos (representantes de objetos interiorizados del grupo primario) no son confiables. La defensa vuelve entonces a la persona rígida, formal, burocratizada y ritualista.

Cremerius (6) correlaciona el estado somático del paciente (tensión muscular y reuma) con su estado psíquico a partir de un déficit en la tramitación de la pulsión anal que crea un estado crónico de tensión y retención. La base de su fundamentación la encuentra en Freud y su teoría de las psiconeurosis.

La tensión muscular repercute constantemente sobre el conjunto del aparato de sostén (esqueleto, tendones, cartílagos, ligamentos, articulaciones y músculos), por lo cual la exterioridad somática expresa una análoga interioridad psíquica. Esta tensión es considerada como hecho primario, del cual se sigue la afección articular.

El eje de su teoría gira en torno a la tensión-distensión y su conexión con ciertos sistemas orgánicos vulnerables a estados afectivos específicos. Un polo es el entregarse, abandonarse o dejarse llevar y su opuesto es no dejarse llevar, no entregarse o retener. La “modalidad retentiva”, pone a la musculatura en estado de tensión (7).

El “no” del niño, es una forma de oposición y de autonomía. Si este ejercicio de poder no viene reconocido y legitimado y en cambio es rechazado, el niño no puede expresar su propia voluntad y deviene dócil por sumisión. El correlato corporal, es una “retención rebelde” del impulso agresivo de autoafirmación a nivel de la musculatura estriada, que en el ano se encarna como representante de la totalidad del ser. Si la educación esfinteriana vuelve a doblegar los impulsos, se adquiere una modalidad retentiva caracterial que se expresa a nivel somático con la contracción crónica muscular.

El mundo vivido como amenazante y hostil genera una contracarga defensiva que se manifiesta en una actitud ansiógena, tensa y desconfiada. Este intento de resolución del conflicto, cuesta caro: el futuro adulto se condena a vivir dentro de un chaleco de fuerza como coraza defensiva. La satisfacción de los impulsos primarios no es llevada al plano de la acción, con lo cual la pulsión no se expresa desde la expansión, la motricidad y la agresividad. La urgencia de la descarga queda pospuesta y aparece una modalidad dócil y evitativa. El componente agresivo no se canaliza hacia el exterior y se vuelve contra si mismo.

La cultura y la educación permiten que el componente motor, agresivo y autoasertivo de la pulsión se exprese con mayor libertad en los hombres que en las mujeres (correlacionable con el mayor número de enfermos reumáticos del sexo femenino).

Una parte de la hostilidad no es descargada somáticamente y es vuelta hacia el exterior de un modo enmascarado, a través de las formaciones reactivas. La tendencia dócil, altruista, servicial y el eficientismo que suelen mostrar estos pacientes esconde la hostilidad disfrazada, al poner al otro en el mismo lugar que ellos ocuparon siendo niños; el circuito de sumisión, dependencia y carencia se repite sin fin.

La terquedad del paciente con una afección reumática se expresaría en una no renuncia de su autoafirmación, que se encarna en el síntoma (musculatura tensa e inflamación articular).

La “Escuela de París” (8) guiada por Marty hacia finales de los 50 publicó una serie de observaciones clínicas sobre pacientes con afecciones orgánicas. Destacaron una particular estructura de personalidad con déficits que obstaculizan una adecuada elaboración de las emociones y de los traumas psíquicos, que se expresan prevalentemente a nivel somático. El paciente psicósomático estaría afectado en el uso del símbolo y utiliza entonces el cuerpo para descargar las

tensiones internas que el paciente neurótico en cambio, puede mediatizar mejor mediante el uso de defensas psíquicas más evolucionadas.

Marty, de M'Uzan y David delinearon una "personalidad psicósomática" caracterizada por una marcada hipernormalidad, con una adaptación conformista al ambiente y a las exigencias sociales y con un particular estilo cognitivo, llamado por ellos "pensamiento operatorio". Las actividades onírica, fantasmática y representacional no aseguran una adecuada elaboración psíquica de la vida pulsional.

El discurso es concreto, descriptivo, pocas resonancias personales afectivas e impersonal. La capacidad de asociación es pobre y se focaliza en la sintomatología física en vez de subrayar el malestar psicológico. Los silencios son frecuentes, esperan más bien ser interrogados y la contratransferencia provoca tedio, somnolencia y pesadez. El síntoma se presenta como "mudo", no simbólico y le falta el "matiz florido" de la sintomatología neurótica.

El pensamiento operatorio es atribuido a carencias en la organización de la personalidad por un déficit estructural del preconciente. Según Ruesch, la atención no debe centrarse tanto en el conflicto inconciente, como en las relaciones objetales, en particular la díada madre-niño.

La función materna es deficitaria, desorganizante, incapaz de una suficiente relación y cuidados empáticos. No cumple el rol de coraza antiestímulo que protege al niño. Una vez generadas las condiciones precursoras del pensamiento operatorio, el infante se defiende con defensas menos maduras e inadecuadas. La escasa capacidad de elaboración simbólica y fantasmática hace que la energía pulsional sea desviada hacia el cuerpo, volviéndolo más vulnerable (la hipótesis de la tensión pulsional descargada somáticamente sin asumir un significado psicológico recuerda la teoría freudiana de las neurosis actuales).

En los inicios del 70 dos psicoanalistas, Sifneos y Nemiah conocidos posteriormente como la "Escuela de Boston" (9), realizaron investigaciones sobre las características cognitivas de los pacientes psicósomáticos, llegando a conclusiones similares a los de la escuela francesa. Sifneos definió como "Alexitimia" (emoción sin palabras o ausencia de palabras para las emociones) la gran dificultad para describir los propios sentimientos. Los pacientes pueden advertir sensaciones emotivas como nerviosismo, irritabilidad, aburrimiento y tristeza pero no pueden atribuirles un significado. Coinciden con los franceses al describir las características del discurso, su modalidad vincular y estilo de vida sobreadaptado.

Como la alexitimia puede acompañarse de rasgos neuróticos histéricos u obsesivos y además se presenta en otras enfermedades (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, dermatológicas, alcoholismo, drogadicción, transplantados y dializados, etc.) no puede considerarse exclusivamente para el diagnóstico de afección psicósomática, pero es un rasgo estable de personalidad que interacciona con los eventos estresantes predisponiendo a la somatización.

Las hipótesis referentes a la alexitimia son diversas: El grupo de Boston la refiere a una alteración neurofisiológica por una escasa integración entre el sistema límbico, sede de las emociones y la neocorteza, en la cual se produce la elaboración cognitiva.

El grupo de Paris promueve un enfoque psicodinámico a partir de un defecto en el desarrollo psíquico por un déficit estructural del preconciente.

Mc Dougall habla de defensas primitivas que protegen contra la pérdida de identidad originadas en la díada madre-bebé. En el adulto los afectos se cancelan de la conciencia a través de la forclusión, por lo cual el sujeto se siente vacío e incapaz de un contacto significativo con los otros. La anulación de la parte psíquica de la emoción permite al cuerpo expresarse como en la primera infancia, mediante un proceso de resomatización del afecto.

Otros autores sostienen que los rasgos alexitímicos son la expresión de una actividad defensiva actuada a través de mecanismos como la proyección, negación e identificación proyectiva en relación a la depresión y el sufrimiento relacionados a procesos de pérdida y de separación-individuación.

## **Las afecciones psicósomáticas como neurosis tóxicas**

El estado general de Federica al momento de la consulta puede relacionarse con lo que el Dr. Maldivsky denomina neurosis tóxicas (10). De etiología compleja, se combinan la herencia como especificidad de la enfermedad, lo anímico que claudica para procesar la pulsión y factores desencadenantes, que determinan una singular serie complementaria.

El núcleo apático central se relaciona con una hemorragia libidinal y la percepción de golpes y frecuencias, estados de vértigo, hipertrofia erótica (erogeneidad improcesable devenida tóxica que retrocede a un tipo de investimiento intrasomático) y aturdimiento. El mundo no es investido y se da un apego desconectado como sustitución de una percepción que capta elementos diferenciales y cualitativos.

La falla de tramitación de la incitación produce una estasis pulsional duradera, un disturbio de la economía pulsional que compromete el nivel de la autoconservación porque la fijación es a una libido carente de elemento anímico al cual adherirse. A ello se le suman debilidad psíquica y neuronal y fallas en las funciones específicas de los asistentes familiares.

Para la promoción del desarrollo afectivo se requiere de la estructura económica y neuronal y el encuentro con el otro (función materna). El sentirse sentido y la confianza en la empatía del interlocutor son fundamentales; las fallas producidas en este período de la vida por un desencuentro entre las incitaciones pulsionales en el vínculo madre-niño, generan las condiciones opuestas a un estado de empatía: sentirse expulsado de la subjetividad del otro y un estado apático como ausencia de sentimiento.

La afección psicósomática se presenta como un disturbio de la conciencia originaria, se relaciona con los orígenes de la vida psíquica y la aparición de la cualidad. La consecuencia patológica es una pérdida de tal cualificación como registro de los afectos y de los matices sensoriales diferenciales.

Freud sostuvo que los contenidos iniciales de la conciencia son las impresiones sensoriales y los afectos. Estos son lo primero en desarrollarse como algo nuevo y diverso respecto de los procesos puramente cuantitativos del ello (neoformación). Se trata de una cualificación inicial de la cantidad como representante de la vitalidad de los procesos pulsionales.

Las defensas en juego son complejas porque se combinan las de tipo psicótico con mecanismos de las patologías tóxicas. La desmentida se proyecta en un supuesto interlocutor déspota y psicótico como retorno del proceso de restitución de lo desmentido, al cual el paciente queda sometido y que pretende desestimar. La desestimación del afecto no se proyecta y recae sobre el yo que anula la posibilidad de sentir. Esta segunda desestimación presupone la primera proyectada y es correlativa al ataque sufrido en lo anímico ajeno.

El estado característico de apatía se acompaña de abulia, sopor, letargo y astenia. Esto corresponde a un proceso económico-energético en el cual impera un dolor sin cualificación anímica con ausencia de desarrollo de los matices afectivos, propios del mundo psíquico.

Al tratarse de mecanismos elementales no operan a nivel de las huellas mnémicas, posteriores a la aparición del afecto y la sensorialidad, sino a nivel de la constitución de la conciencia.

Esto permite explicitar aspectos similares y diferenciales entre las psicosis y las neurosis tóxicas, en las cuales se da una desestimación del sentir y una proyección del proceso psicótico en un supuesto interlocutor dominante. La desestimación es una defensa dirigida contra lo nuevo y la primera cosa generada como creación psíquica son justamente los matices afectivos, contra los cuales atenta la defensa.

En cuanto a lo diferencial, si en las psicosis se pierde un fragmento del universo simbólico y se combinan una desestimación de la realidad más una desmentida proyectada; en estas patologías se pone en juego el organismo y el mismo paciente se supone objeto de la desestimación en el plano psíquico ajeno. Esto significa una doble desestimación: la de la realidad que se da proyectada y la del sentir. El resultado es una falta de subjetividad, una ausencia de gestión de los afectos y una psicosis de tipo paranoica proyectada.

Los delirios y las alucinaciones, si bien pueden estar presentes en ambas patologías, en las psicosis acceden a la conciencia con convicción y mayor sistematización. En las patologías tóxicas se promueven como procesos reconstitutivos desinvertidos, inconcientes y no creíbles para el sujeto.

El tipo de instancia yoica interviniente corresponde al yo inicial (yo real primitivo), un yo profundo en los confines entre lo neuroquímico y lo psíquico. Se centra en la distinción estímulos endógenos (pulsionales)-estímulos exógenos (mundanos) y se interesa en las incitaciones pulsionales que llegan a la conciencia como afectos. Como sus funciones están perturbadas, en vez del sentir aparece la abulia como expresión de un dolor carente de cualidad y de sujeto. Vuelto contra sí mismo, este yo se autosuprime y representa una de las formas más radicales de Thanatos contra Eros.

El tipo de atención predominante es reflectoria, sólo capta frecuencias del movimiento neuronal como consecuencia de la descarga relacionada a la actividad perceptiva, tiene una conciencia transitoria, de carácter precario y pasiva. Hay un intento fracasado de integrar las frecuencias con estados afectivos, por lo cual no se da la cualificación psíquica inicial y se genera el apego desconectado.

Se dan tres modalidades discursivas (sobreadaptada, especuladora y catártica) y tres rasgos de carácter (abúlico, cínico y viscoso). El discurso sobreadaptado no es representativo, pues carece de una base identificatoria para el sujeto. El discurso numérico es especulador. En el discurso catártico el paciente pretende desembarazarse de lo que dice junto con el interlocutor y a sí mismo. No se trata de material disponible para el análisis, se limita a la expulsión de lo dicho.

El rasgo de carácter abúlico es nuclear y consiste en la desvitalización somnoliente de los vínculos, el resultado es un dejarse morir como vaciamiento libidinal. El rasgo de carácter cínico se presenta como ataque disolvente a cualquier expresión y proyecto genuino propio o ajeno y como una tendencia a una esterilización proyectada de los vínculos (abolición de la propia vitalidad anímica), por lo cual es percibido como algo que viene del otro. El rasgo de carácter viscoso se refiere a un apego al universo sensorial y a los otros que tiende a neutralizar cualquier intento de diferenciación. No hay huellas mnémicas en la memoria para garantizar una ausencia de percepciones investidas y discriminadas. Es una derivación de la fijación a un objeto aniquilante y pone en acto el carácter adhesivo de la libido.

### **Puntuaciones temáticas sobre el caso**

Federica no llama para pedir turno ni consulta por iniciativa propia. La demanda partió de la madre, quien pareció haber captado un malestar no percibido en la hija (sin conciencia ni sentido, pierde la posibilidad de cualificación y significación). “La captación diferencial de la conciencia falla en el intento de establecer un registro que le permitiera determinar qué le sucedía. No hay posibilidad por parte del yo de asumir un malestar que genere una demanda dirigida a un otro, ni conciencia de enfermedad. En tal caso, fue su madre quien pareció asumir esa captación diferencial...” (11).

Algo se actualiza desde la historia infantil vía repetición: el adulto decide y la niña obedece. No podía elegir ni expresar su opinión, tenía que aceptar lo propuesto y sonreír. Sin posibilidades de autoafirmación y expresión, su vitalidad quedó ahogada y sometida al otro, con lo cual no se generaron las condiciones para la estructuración de su verdadera identidad. En su lugar hay un falso self por el desencuentro empático entre madre e hija.

El espacio y las distancias son transitorios y lejanos: vivir en el extranjero, hacer terapia en un país distinto al de residencia, dejar el pueblo natal y el gusto por conocer lugares nuevos. La impronta materna aparece como huida de la casa y del pueblo para proteger a los hijos del clima hostil y también como actuación materna proyectada en Federica de su deseo de dejar el lugar y la nostalgia de volver al norte italiano. La consecuencia es un eterno desarraigo psíquico, sin posibilidad de fijación para el yo de la hija y de la madre.



Una vez que el objeto es introyectado y adquiere las características de objeto interno no confiable, la única alternativa de Federica es la de un desplazamiento o alejamiento continuo como estrategia de supervivencia (fuga). Lo paradójico es que al mismo tiempo que pretende neutralizar las condiciones patógenas originales, actualiza y refuerza el trauma.

La progenitora aparece como melancólica y atravesada por situaciones traumáticas que le aportan a la hija un núcleo identificatorio también melancólico, un espejo ante el cual Federica se horroriza con sólo pensar que puede verse reflejada: “Verla a ella es como verme un poco a mi misma” “tengo miedo de ser una persona triste”. La alternativa encontrada remite a la historia infantil, cuando la madre les decía que anduvieran con una sonrisa, que demostraran estar bien y que no abrieran la boca. La máscara sonriente renegatoria se le pegó al rostro y ya no importan ni la situación ni la emoción en juego.

La única no melancólica es Alejandra, que en poco tiempo asumirá su identidad de Alejandro con una intervención quirúrgica para corregir un error biológico de nacimiento y así correlacionar el sexo anatómico con su identidad psicosexual. Si ella es la única alegre y con una vida activa, ¿El resto de los integrantes de la familia claudicaron ante la posibilidad de apropiarse de un deseo que los convirtiera en seres vivientes y con proyectos vitales?

Ante una herencia familiar de fracasos y repetición de historias, su yo se identifica con un mandato tanático que lo hace claudicar y se deja morir. La resignación de Federica responde al imperativo “no se puede hacer nada contra eso”, con lo cual la hemorragia libidinal impide el investimento de cualquier proyecto que la reconecte con Eros. La abolición de la propia vitalidad anímica y de cualquier proyecto genuino se materializa en el rasgo de carácter cínico.

La vivencia del trauma familiar dejó huellas profundas en el psiquismo que la marcaron desde la infancia. Ella quedaba en el medio de los padres y actualmente sigue ahí, al implicarse en la resolución favorable de sus disputas (adicción a un contexto intoxicante). Hay una inversión de roles, la hija se erige como coraza antiestímulo protectora de una madre desvalida y melancolizada en las confrontaciones con su ex marido y su propia historia.

El trauma en la infancia, correlacionado a una modalidad oral particular, el de los momentos de la comida y la deglución de “la violencia de la cosas no dichas”, se reactualiza en el presente vincular con sus silencios y las discusiones con sus parejas que la bloquean y nuevamente la dejan sin palabras o la reenvían de modo regresivo a su lengua materna. Ante un estímulo vivido como intrusión dolorosa (golpe), el aturdimiento borra las fronteras del yo, como si recibiera una trompada.

El stress, componente esencial de las afecciones psicósomáticas, está omnipresente en la vida de Federica desde el pasado, por su historia familiar y pueblerina y desde el presente a nivel vincular y con la tesis.

Le gusta viajar, estar con amigos y conocer gente nueva pero también se cansa y necesita refugiarse en la soledad de su habitación que funciona como extensión de su coraza caracterial y corporal. Los vínculos parecen no tener profundidad ni consistencia, son superficiales y planos. La sobreexcitación y la tensión en el encuentro con el otro la llevan a una sobrecarga que el yo no tolera y la retirada (bajo mascarada de aburrimiento y pérdida de tiempo) le sirve como forma de recomposición de las fronteras yoicas.

Sólo una vez se sintió libre y relajada, cuando fue de vacaciones a Asia. En un contexto alejado del habitual (desintoxicante), ella y su superyo sádico pudieron descansar. Las exigencias de perfección y no tener problemas proyectadas en los otros se quedaron en Francia e Italia y le dieron un respiro. Al volver, otra vez quedó atrapada en las redes de sus proyecciones a partir del modelo: “ser de un cierto modo (perfecta)”, como parecen serlo sus amigas y las chicas siempre alegres que interesan a los muchachos.

La tesis y los aplazamientos para entregarla, también la someten a presión superyoica por la perfección: a mayor tiempo, mejor producto acabado. La reacción heterogénea va desde jornadas de trabajo sin descanso, hasta semanas sin hacer nada pero con una sensación de pérdida de tiempo y

culpa, pasando por períodos de bloqueo y aturdimiento, en los cuales quisiera avanzar pero no puede porque no se le ocurre nada.

La tensión devenida crónica y caracterial se descarga en el teatro del cuerpo por las fallas en lo simbólico. La alteración económica que esto produce, modifica el quimismo pulsional y la poliartritis reumatoidea puede verse como la forma más radical de expresión de la pulsión de muerte contra Eros (autoataque).

El tema de la imagen estética es de particular interés. Quiere ser original y dedica mucho tiempo a arreglarse, lo cual incluye un tipo de maquillaje y uso de ropa exclusiva. Si alguien la copia se enoja pero copia a sus amigas porque no se le ocurre qué comprarse. Se compara constantemente con otras chicas, las ve hermosas y perfectas. La conducta de compradora es compulsiva, se llena de objetos que le dan seguridad pero también culpa.

Todo el endamiaje estético al cual recurre parece tener por objetivo soportar una débil estructura yoica con representaciones planas o bidimensionales que no le otorgan consistencia o profundidad, por lo cual la endeble imagen de sí tambalea ante situaciones cotidianas en la cual debe confrontarse con otros yoes que aparecen para ella bien estructurados, al punto de verlos como hermosos y perfectos.

A nivel relacional hay una constante: corre graves peligros de quedar a merced de un otro con características despóticas. Sus miedos se activan ante un interlocutor que la somete, le puede hacer perder algo valioso, la juzga, critica y mira mal. Estos fragmentos psíquicos desestimados y proyectados que retornan bajo una modalidad paranoica la obligan a tomar recaudos, como cuando era chica y debía callarse la boca, no decir nada a nadie y sonreír o en el presente, cuando habla con el padre.

Aunque hace mucho que se fue del pueblo, en realidad no se fue nunca: todavía lleva puesta la máscara de “la alegre sin problemas” junto a los miembros de su familia que también llevan las suyas, salvo la hermana que pareciera no necesitarla. Muestran a una familia de alegres que en realidad enmascaran su dolor y desesperación porque todavía son un grupo que no ha logrado construir una verdadera identidad.

En la complejidad de la vida anímica de Federica coexisten fragmentos psíquicos con distintas modalidades de funcionamiento: aspectos desmentidos y desestimados conviven con otros neuróticos que a veces le permiten realizar un trabajo de asociación (la tesis como metáfora de su vida) y traer situaciones de tipo histérico (relación con los hombres; acercamientos y alejamientos a partir del comportamiento del partenaire).

Los modelos de pareja tienen la impronta familiar y testimonian un pasado infantil traumático que le impide en el presente proyectarse al futuro. El resultado es que ella no se imagina casada ni en familia. A pesar de querer estar con un chico comprensivo, gentil, alegre, afectuoso, etc. termina “enganchada” con hombres distantes, ausentes, que no le muestran interés. ¿El mismo tipo de hombre con el que la madre estuvo 25 años?. Otra matriz identificatoria familiar se aprecia en las situaciones que se viven en el interior de la pareja: así como su madre discutía con el esposo, ella también, pero la llevan al aturdimiento, bloqueo y regresión.

La dificultad para separarse de sus ex novios, la frialdad ante los hombres interesados en ella y la intensa actividad sexual que puede llegar a tener en un mismo día (hipertrofia sensual), dan cuenta del apego desconectado típico de los pacientes con procesos tóxicos.

Un tema de particular análisis es su discurso, en ella conviven modalidades sobreadaptadas, de especulación y catárticas que se aprecian en relación a la tesis, el problema con la amiga y los llamados telefónicos al padre.

Al principio no sabía qué poner en la tesis y tomaba prestada las palabras de los otros. Así como copiaba cosas de sus amigas, también copiaba las palabras de otros autores que producían un “efecto collage” en el trabajo. Con el tiempo pudo priorizar (tesis y salud), se conectó con un decir propio y sus palabras aparecieron para terminar la tesis en la cual se vió reflejada, “ahora me siento segura con la tesis, la siento como más propia”.

Con Misha se sintió traicionada y agredida (¿Déspota al cual quedaba sometida?) pero no podía decirle todo lo que sentía. La evitó durante semanas hasta que la intermediación de la otra amiga posibilitó un encuentro que para ella no significó un cambio en el estado de la relación pero sí significó un reposicionamiento al haberle podido expresar lo que pensaba.

Cuando habla con el padre telefónicamente presta mucha atención a no decir algo que pueda empeorar la relación. El hipercontrol de sus palabras lo asocia con el reconocimiento de la dependencia económica que tiene (¿Otro déspota del cual depende?). Este ejemplo de discurso especulador, se correlaciona con su sensación de pérdida de tiempo cuando está con los amigos, en tanto que es vivido como infértil e improductivo.

Este “no decir o decir a medias” para no enojar al otro fue cediendo su lugar a sus primeros “decires”: en relación a la tesis cuando la terminó y se sintió representada en esas palabras como propias; respecto al padre cuando en una sesión habló de la rabia, tristeza e incomunicación guardadas en su interior y con Misha cuando expresó su bronca y envidia hacia ella y cuando le habló. Pareciera que por primera vez se dió una identificación entre el sujeto y su decir, apareciendo un discurso auténtico en Federica que refleja su vida anímica.

Este “decir” en el espacio interno de las sesiones pareció tener un efecto reasegurante y legitimador de su discurso y de su mundo afectivo porque en un determinado momento lo pudo externalizar, ponerlo en palabras y llevarlo al mundo externo, “sacarlo” del contexto protegido de su interior y de una sesión: Pudo hablar con su amiga y decir lo que pensaba, pudo presentar la tesis y defenderla con buenas calificaciones y pudo decirle a la gente lo que le molestaba siendo más agresiva.

¿Algo se modificó en sus representaciones de base? Una cierta consistencia yoica le permitió enfrentar esas situaciones, como también proyectarse en un futuro en el cual por primera vez se vió recibida, viajando, bien de salud, con novio, en Francia y trabajando.

Algunos de estos proyectos fueron realizados después que abandonó el tratamiento y me fueron comunicados meses después a través del llamado telefónico de la madre. Si bien la progenitora vuelve a aparecer en su rol activo respecto a la hija, en este caso es como representante que testimonia sus cambios.

Para finalizar, quisiera destacar la fuerte pregnancia de la pulsión de muerte que llevó a Federica a abandonar el tratamiento como modo de aniquilar un proyecto propio genuino y vital, coincidiendo con un alejamiento previsto y temporario de su analista (¿reacción furiosa ante una situación de separación?).

## Notas

(\*) La paciente utilizó el término “sacco” que en italiano tiene diversos significados: bolsa, mucho, masa, alusión a estar mal, etc.

(\*\*) La bibliografía en italiano ha sido traducida al español por el autor del artículo.

## Bibliografía

1- Sitios de internet consultados:

CuerpoCanibal.com.ar/Salud (fuentes: Arthritisfoundation/ArthritisCentral.com, MEDLINE plus información de salud, LatinSalud.com),

[http://abcnews.go.com/sections/living/healthology/ho\\_autoimmunity.html](http://abcnews.go.com/sections/living/healthology/ho_autoimmunity.html) (versión en español Lluís Compte 11-V-03),

National Institute of Allergy and Infections Diseases : <http://www.niaid.nih.gov>,

www. Galenored.com/rpalacios,

Quarta, E. Reumatologia. Che cos'è l'Artrite reumatoide?. Artículo reproducido en <http://farmasalute.it/percorsi/reumatologia/artrite.htm> con la autorización de la Asociación Pugliese Enfermos Reumáticos, [www.associazionepugliesemalatireumatici.it](http://www.associazionepugliesemalatireumatici.it).

- 2- [http://abcnews.go.com/sections/living/healthology/ho\\_autoimmunity.html](http://abcnews.go.com/sections/living/healthology/ho_autoimmunity.html). Op. Cit.
- 3- [www.galenored.com/rpalacios](http://www.galenored.com/rpalacios). Op. Cit.
- 4- Ammon, G. *Psicosomatica*. Borla, Roma, 1992.
- 5- Ammon, G. Ibid.
- 6- Cremerius, J. *Psicosomatica clinica*. Teoria e prassi della medicina psicosomatica. Borla, Roma, 1981.
- 7- Los lectores interesados en la correlación entre estructura somática y estructura subjetiva, pueden consultar las obras de Wilhelm Reich (creador de la Orgonterapia) y de Alexander Lowen (creador de la Bioenergética).
- 8- Trombini, G. y Baldoni, F. *Psicosomatica*. L'equilibrio tra mente e corpo. Il Mulino, Bologna, 1999.
- 9- Trombini, G. y Baldoni, F. *Psicosomatica*. L'equilibrio tra mente e corpo. Ibid.
- 10- Maldavsky, D. *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu, Buenos Aires, 1994
- 11- Stoppiello, L. *Cuerpo, procesos tóxicos y traumáticos*. Trabajo presentado en la XVI Jornada de niños y adolescentes, X Jornada de psicosomática y II Jornada conjunta. Tomo II Trabajos Libres, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 2000.