

## Discapacidad y afección psicossomática. Desvalimiento combinado

Jorge Cantis

### Resumen

En el presente trabajo se articulan las diferencias y semejanzas tanto en la clínica de la discapacidad como en las afecciones psicossomáticas tomando en cuenta el modelo de la teoría y clínica del desvalimiento, las neurosis actuales y las neurosis traumáticas.

Se focalizará ambas problemáticas a través de dos casos clínicos tanto en niños como en adultos en el pasaje de la combinatoria entre discapacidad y psicossomática, por un lado, y el pasaje de la afección psicossomática al ingreso abrupto al campo de discapacidad por el otro.

### Palabras Claves:

Discapacidad, Afección Psicossomática, Desvalimiento, Neurosis Traumática Individual y Familiar, Toxicidad Pulsional, Agotamiento Profesional

### Abstract

In this paper we articulate the differences and similarities between the clinic of the disability and the psychosomatic affections, taking into account the model of the theory and clinic of the helplessness, the actual neuroses and the traumatic neuroses.

We focus both problems throughout two clinical cases in children as much as in adults, in the passage of the combination between disability and psychosomatic, on one hand, and the passage from the psychosomatic affection to the unexpected entry to the field of disability, on the other hand.

### Key Words

Disability, Psychosomatic Affection, Helplessness, Individual and Family Traumatic Neuroses, Libidinal Toxicity, Professional Exhaustion.

## Discapacidade e doença psicossomática. Desvalimento combinado

## Resumo

No presente trabalho se articulam as diferenças e semelhanças tanto na clínica da incapacidade como nas doenças psicossomáticas levando em consideração o modelo da teoria e da clínica do desvalimento, as neuroses atuais e as neuroses traumáticas.

Serão focalizadas ambas problemáticas através de dois casos clínicos tanto em crianças como em adultos na passagem entre incapacidade e psicossomática, por um lado, e a passagem da doença psicossomática ao ingresso abrupto ao campo da incapacidade por outro.

## Palavras Chaves

Incapacidade, Doença Psicossomática, Desvalimento, Neurose traumática individual e familiar, Toxicidade pulsional, esgotamento profissional

## Introducción

En las afecciones psicossomáticas como en la clínica de la Incapacidad, se tiende a jerarquizar fallas en el proceso de simbolización; estas fallas pueden ser totales o parciales y dicho proceso simbólico puede aparecer o desaparecer de acuerdo con ciertas vicisitudes pulsionales y de qué enfermedad o manifestación se trate.

Pero es importante tener en cuenta, en ambas patologías, algo más relacionado con el sentir; si es algo más relacionado con el sentir no necesariamente tenemos que enlazar todo con la simbolización sino con la claudicación del sentir, con la falta o pérdida parcial o profunda de la vitalidad, de la vitalidad interior, ya sea tanto de la persona discapacitada como de su familia.

## Diferencias clínicas

En ambas patologías aquello que las reúne es un tipo de desvalimiento psíquico pero también orgánico.

Freud (1926) liga el desvalimiento orgánico con la indefensión frente al exterior y el desvalimiento psíquico frente a un estímulo pulsional.

En la discapacidad se pueden producir ambos tipos de desvalimiento.

El desvalimiento orgánico tiene como correlato el desvalimiento psíquico y en uno de estos aspectos se combina con el otro. El dolor se combina con la estasis de la autoconservación. Si bien Freud hace algunas diferencias, también establece nexos posibles, y justamente en la clínica de la discapacidad se dan estos nexos, o sea, hay un doble desvalimiento.

Si bien en las afecciones psicósomáticas también encontramos un doble desvalimiento, el origen parece ser distinto.

En la afección psicósomática encontramos una imposibilidad de ligadura de la pulsión, como base o sobre estasis de la necesidad, o sea, desvalimiento psíquico. Mientras que en la Discapacidad el origen parece venir del lado de una falla más genética o por un accidente (este último aspecto será luego desarrollado) pero el efecto se manifiesta en un principio como orgánico, de insuficiencia somática, y ello repercute después en lo psíquico. En la clínica de la discapacidad la economía pulsional viene devastada desde adentro, hay un desequilibrio interno de la economía pulsional.

Tanto en una clínica como en la otra hay una imposibilidad de ligadura de la pulsión; mientras que en los pacientes psicósomáticos esto depende de una situación tóxica, en los pacientes discapacitados esto depende de una situación traumática y sabemos que lo traumático siempre vuelve como repetición.

Una falla genética puede ser en realidad como una situación traumática. Por lo general, se tiende a suponer que el trauma viene de afuera, de un afuera extracorporal, pero por ejemplo, en las fallas genéticas hay un afuera intracorporal, un tipo de falla que rompe la barrera de protección antiestímulo, la economía pulsional, la desequilibra desde otro lugar.

La coraza de protección antiestímulo aparece vuelta hacia el interior, como un desborde de lo violentado desde adentro.

La diferencia en estas dos clínicas se manifiesta entre un estado tóxico y un estado traumático.

El estado tóxico depende de una imposibilidad de procesamiento de la pulsión (David Maldavsky (1992)). En cambio el trauma, el aporte para el desvalimiento, viene desde afuera al yo mismo, del afuera interno. Lo interno puede ser de carácter genético o accidental (traumatismo de cráneo a consecuencia de un accidente). Es exterior interior.

A veces el trauma produce efectos duraderos en la economía pulsional, o sea, un trauma exógeno.

Por ejemplo, en el momento de parálisis post-traumática, encontramos parálisis de la temporalidad y de la espacialidad, como correspondiente al momento de la búsqueda de un re-equilibrio y Freud llama a esto conrainvestidura interna, pero a veces este fracaso de conrainvestidura interna fracasa. Por ejemplo, en los niños y adultos afásicos. Entonces, ya entramos en lo que metapsicológicamente llamamos una neurosis traumática duradera, con arrasamiento de la economía pulsional por alteraciones en los fundamentos de dicha economía, como podría ser el sistema neuronal. Pero no siempre es el sistema neuronal, sino en algunos casos al estar afectado el corazón, el hígado, esa afección va discapacitando al sujeto de otra manera. Por ejemplo, en las cardiopatías graves, en las que de una situación crónica se va pasando a una grave. Empieza con una afección psicósomática culmina en una Neurosis Traumática. Entonces, hay un pasaje de la Neurosis Traumática de la situación externa del trauma a la discapacidad; otras veces uno podría decir que el trauma externo va correspondiendo al momento de la gestación, de la combinatoria de los genes correspondientes y otras veces, a un período anterior al nacimiento, como un accidente durante el embarazo, distintas posibilidades en las que algo perturba una economía pulsional. Quizás los casos más complejos son aquellos en los que empieza con la concepción misma, con la unión de los distintos componentes genéticos, quizás sea la situación más exógena pero también la más constituyente.

Pero en las tres posibilidades desarrolladas, las economías pulsionales familiares quedan devastadas y en cada situación, va a abrir viejas grietas.

### Toxicidad Pulsional

Volviendo al concepto de toxicidad pulsional descrito en la clínica de la Psicósomática, he observado también que dicha toxicidad aparece en la clínica de la discapacidad pero es secundaria, respecto de una imposibilidad derivada de otro origen y el origen del conjunto es genético, en algunos casos.

En ambas patologías, uno encuentra una alteración somática, pero lo importante es aquello que determina esa alteración somática.

Una cosa es que sea derivada de un proceso tóxico y otra que derive de un factor genético.

Recordemos que Freud estableció una serie complementaria en las Neurosis Actuales y se da una combinatoria entre un estado de intoxicación y un componente constitucional y esto lleva a explicar el por qué de las diferencias a partir de una misma situación tóxica.

En las neurosis actuales, la herencia tiene un papel que más bien determina por qué una persona va a desarrollar una úlcera o una psoriasis o un asma. El factor hereditario juega un complemento con el estado tóxico pulsional que deriva de otras situaciones múltiples.

El factor hereditario determina más el tipo de afección orgánica pero necesita del otro como prerequisite para desarrollarse. En cambio, en las discapacidades, el factor hereditario no se acompaña necesariamente de ningún otro requisito, o sea, de ninguna situación tóxica que le haga de detonante, que lo dispare y desde este punto de vista, uno puede decir que hay una menor eficacia de la sobredeterminación donde se manifiestan menos componentes psíquicos, porque el factor tóxico tiene ya algo del psíquico o de una imposibilidad psíquica.

#### Discapacidad y Neurosis Traumática

Podemos plantear que la Discapacidad se parece más a las Neurosis Traumáticas en relación al concepto de “accidente”.

Hay un accidente. El accidente no se origina necesariamente en un golpe recibido por alguien, por ejemplo, traumatismo de cráneo a consecuencia de un accidente automovilístico, sino también que depende de tres elementos fundamentales: Prenatales, Perinatales y Postnatales.

Es importante aclarar que hay algunas discapacidades que se hacen evidentes sólo a partir de determinada edad, no toda discapacidad necesariamente se manifiesta como tal desde el comienzo, no significa que no esté, sino que se va manifestando progresivamente. Ejemplo: cegueras progresivas y secuelas de accidentes cerebrovasculares.

Los accidentes cerebrovasculares pueden tener algo de tóxico y dan origen a una multiplicidad de déficits sensoriales (afasia), motores (afasia) y que van convirtiendo a la persona en discapacitada. Aquí, nos encontramos con una correlación entre Psicósomática y Discapacidad. Algo que empezó como afección psicósomática da lugar a la discapacidad. Una discapacidad que comenzó teniendo un origen tóxico y no un origen genético.

También en otras situaciones la discapacidad puede aparecer como consecuencia de una accidentofilia duradera, personas que tienen accidentes a repetición y en un momento determinado, en un accidente, quedan con severos déficits físicos.

Entonces, también se puede llegar a la discapacidad por otras tres circunstancias: a) desde la accidentofilia, b) desde la autointoxicación por fármacos o alcohol (Ej.: personas que intentan suicidarse con un determinado producto y quedan con un trastorno neurológico irreversible), c) o desde la afección psicósomática, aparte de las cuestiones genéticas.

En estas tres manifestaciones aparece algo de componente psíquico en la causa, en aquello que dio origen a lo que después se transformaría en un trastorno irreversible.

Entonces, es necesario volver al concepto de discapacidad asociado a la Neurosis Traumática, y en las mismas observamos un empobrecimiento económico, un estado de sopor y encontramos una alteración del propio quimismo vital. Hay una fijación al trauma. Freud (1920) dice que la energía irrupiente en el trauma es de carácter mecánico contrapuesto a la energía química.

David Maldivsky (1993) dice que en las Neurosis Traumáticas *“la coraza antiestímulo es arrollada con la consiguiente alteración económica y la imposibilidad de cualificar el estímulo exógeno irrupiente. Se produce entonces un dolor que no cesa con una abolición de la conciencia (y la subjetividad) que deja una fijación duradera”*. (Pág. 189)

Teniendo en cuenta esta apoyatura teórica, en los pacientes discapacitados hay que abordar constantemente el estado de desvitalización, ya que en la discapacidad hay un arrasamiento de la fuerza vital y hay un impacto mecánico.

En la discapacidad hay un quimismo de origen hereditario que arrasa y crea una economía pulsional devastada.

En las personas discapacitadas, a veces se advierte más tarde la eficacia de la perturbación, o sea, que logran vitalidad para después perderla. Hay distintas alternativas. Hay quienes entran a la vitalidad y posteriormente a través de distintas vicisitudes salen de dicho proceso.

#### Caso Clínico (Combinatoria entre Discapacidad y Psicósomática)

Paciente que llamaremos Juan, de 11 años, con Síndrome de Down.

Los padres llegan a la consulta psicológica por su hijo, el cual presenta mutismo selectivo en el colegio. Este mutismo lo presenta desde siempre. Los padres comentan que su hijo habla en la casa pero con dificultad en articular las palabras, no frasea y habla “tipo indio”. Comentan también, que el niño padece de falta de tonicidad muscular en los intestinos y eso le ocasiona pérdida vesical diurna.

Los padres manifiestan angustia ya que si su hijo sigue sin hablar no va a poder concurrir al colegio.

Juan, es hijo único y le gusta jugar sólo en la casa. Los padres se reconocen como “introvertidos y particulares” y sienten que su hijo tiene sus características aumentadas.

Agregan también que en el colegio se resiste a ir al baño y a comer.

Otro de los síntomas a tener en cuenta, es la succión del dedo, con callos en los mismos y la madre agrega, así como su hijo se succiona el dedo, ella se enrula y se toca el pelo constantemente.

Los padres comentan que el diagnóstico de su hijo fue a los dos meses del niño y que fue un gran shock, y la madre dice “*sentí un gran vacío, sentía que me caía*”. El padre aclara que se daba cuenta ya que su bebé era muy lento.

La madre comenta que en cada entrevista psicológica, quedaba con un gran dolor de piernas y con gran temor a caerse en la calle.

En las sesiones, el niño se expresa a través de sonidos explosivos que remedan flatos; en tres oportunidades su expresión oral aparecía como ruido anal. También, señalaba con el dedo para realizar alguna actividad, otras veces, aunque menos habitualmente, recurría a la expresión gráfica. Una de las características que imprime el paciente en el tratamiento, consiste en apagar la luz, ya sea, al comenzar o al terminar la sesión. El apagar la luz es un intento de reproducir el vínculo materno, con la disminución de la luz, aumenta la falta de relieve de los objetos y esta situación, parece como estar en el agua, en el sentido que los estímulos diferenciados se uniforman, hay una tendencia a la uniformidad donde no hay diferencias.

El paciente en la oscuridad profería con intensidad sus ruidos explosivos, ya fueran orales o anales.

Los ruidos intestinales (como flatos) y en conjunto, sonidos que van desde bostezos, toses, eructos, carraspeo y gargajeo, ponen en evidencia las voces del cuerpo.

Los sonidos que no requieren de una modulación diferencial como la del hablar, o sea, si hay una cierta diferenciación, no llegan a la posibilidad de crear frases.

Las voces del cuerpo las podríamos denominar como un lenguaje de entrañas, desde el interior del cuerpo.

Julia Kristeva (1977), en “Restricciones rítmicas y lenguaje poético”, habla de los sonidos iniciales de los niños y dice que la estructura de sonidos iniciales surge ante una ruptura del equilibrio orgánico y corresponde a un esfuerzo expulsivo de rechazo. Dice que hay dos tipos de sonidos: los que tienen que ver con la voz, con la eliminación del aire y que pueden corresponder a la búsqueda de la materia nutritiva o la excrementicia. En este niño tiene que ver con este último concepto, por los gases y la falta de control anal.

Los sonidos de entrañas tienen características de lo expulsivo en un momento y en otro momento, tienen características de llamado.

Toda esta cuestión resulta, en que no hay modulación por parte del niño, lo que pasa con los sonidos iniciales es que estos sonidos están más pendientes de las vicisitudes pulsionales que de la vida psíquica. Todavía no hay suficiente vida psíquica interpuesta entre las exigencias pulsionales elementales y el vínculo con el otro.

Los sonidos iniciales (pedos-eructos) tienen mucho más de la tendencia a liberarse de la exigencia pulsional que de la comunicación con el otro. Es mucho más automática.

El lenguaje de entrañas corresponde al momento en que se están haciendo esfuerzos en ordenar el mundo de los ritmos intracorporales; todavía el mundo extracorporal no tiene un carácter cualitativo diferencial.

Los sonidos intracorporales ponen en evidencia un carácter automático en lugar de un yo, de una subjetividad, o sea, que falta una mediación.

La negativa del niño a la apertura, a la exterioridad se pone de manifiesto en negarse a hablar, comer o defecar en el colegio, y hay un punto en que todo falla, que es su esfínter anal y ahí claudica, desfallece, como el punto de claudicación de su estrategia, como momentos de entrega, de bajar los brazos, como el punto de desfallecimiento también pone en evidencia el punto de apertura, de necesidad del otro, de contacto con el otro (ej.: necesita que el otro lo limpie). Ahí fracasa al estar todo el tiempo cerrado, ahí fracasa porque ahí da todo.



Es necesario distinguir la encopresis como manifestación histérica, de la encopresis como manifestación psicósomática.

Kreisler (1974) plantea la encopresis como manifestación psicósomática. En este caso clínico, vemos la combinatoria de discapacidad con manifestaciones psicósomáticas. Aunque no podemos soslayar ni dejar de tener en cuenta que en casos de discapacidades, he tenido la posibilidad de atender niños con encopresis, estrictamente neurológica.

Entonces, hay cuatro grandes posibilidades: lo estrictamente neurológico, lo estrictamente psíquico tipo histérico, lo estrictamente psicósomático y una manifestación que abarca diversas combinaciones en las tres anteriores.

Otro de los puntos importantes a tener en cuenta en la clínica de niños discapacitados con respecto a los estímulos, es la tendencia de los sonidos que aparecen no diferenciados.

Muchas veces, los sonidos para ellos aparecen como golpes y no como matices diferenciales, o bien crean un ritmo monótono. Para que exista la posibilidad de que los sonidos tengan significatividad, tienen que aparecer componentes diferenciales y además, básicamente, tiene que aparecer la relación con otras vivencias corporales y con efectos de vivencias térmicas, gustativas, olfatorias, o sea, que el cuerpo esté comprometido de otra manera.

Los sonidos heredan mucho de algo que viene de otro tipo de sensibilidad y ahí cobran mayor significatividad. Al respecto, D. Anzieu (1987), habla de envolturas psíquicas constituidas por una barrera de ruidos incoherentes y de agitación motriz, que no garantizan la descarga controlada de la pulsión sino la adaptación del organismo a la supervivencia. Este concepto de D. Anzieu, está íntimamente relacionado con cómo escuchan los padres a su hijo discapacitado.

¿Cuánto influye en la forma de hablar monótona del hijo la forma monótona de escuchar de los padres?

Hay una tendencia recíproca a responder a un estado de sopor con otro estado de sopor. Con el mismo criterio responden con un ataque de angustia a un hijo con angustia y esta ahí se multiplica. ¿Cómo escucha un padre a un hijo que se manifiesta en sopor cotidianamente? Lo escucha como entrando en monotonía, con pérdida de lo diferencial, de lo significativo. Recuerdo un padre que en tratamiento psicológico, en sesión familiar,

cuando su hijo hidrocefálico se expresaba con su ritmo lentificado, el padre lo escuchaba entre bostezos.

Y qué le pasa al analista cuando escucha estos ritmos monótonos: pugna entre estereotiparse, trabajar sin convicción o encontrar caminos sin pérdida de creatividad. Bion dice que si uno cambia de perspectiva algo adquiere elocuencia y se vuelve elocuente aquello que parecía caótico o monótono.

En los niños discapacitados no solamente tenemos que estar atentos a los ritmos monótonos, sino que también, hay una tendencia a disfrazar su falta de recursos expresivos fonológicos con una apariencia de gran riqueza sonora o disfrazan sus sonidos apagados con gritos. Todo esto es expresión de la vitalidad pulsional y el matiz afectivo

Con respecto al matiz afectivo en los niños discapacitados, tenemos que distinguir entre el afecto que tiene que ver con la cualificación, o sea, un mundo disponible como forma de recuerdo y otro afecto que no tiene disponible como recuerdo. Estos estados afectivos quedan como no cualificados. Estos estados afectivos están como dormidos y si aparecen, lo hacen como en medio de un clima de urgencia, de desembarazarse, desembarazarse de la angustia y de la furia.

En síntesis, la monotonía sensorial, la monotonía rítmica influye en la tonalidad afectiva.

### Caso Clínico (Pasaje de la Afección Psicósomática al ACV)

La familia estaba constituida por Susana y Eduardo. El era economista, tenía un cargo elevado en el Ministerio de Economía y viajaba seguido al exterior. La señora era ama de casa. Tenían cuatro hijos. El mayor estaba cursando la carrera de grado, mientras que los dos más chicos se encontraban terminando el primario y el secundario respectivamente.

Susana realizó la primera consulta. El motivo era que su esposo, dos años atrás, había sufrido un accidente cerebro vascular (ACV) isquémico izquierdo con secuelas y perturbaciones del lenguaje expresivo y comprensivo y trastornos del comportamiento. Tomaba una medicación neurológica, no psiquiátrica, que era lo único que “cumplía”. Llega a la consulta psicoterapéutica angustiada y preocupada.<sup>1</sup>

### Tratamiento

---

### Primera entrevista con la madre y contrato terapéutico

En la primera entrevista Susana se mostró confundida y desbordada. Manifestó una gran preocupación por su marido que se encontraba muy agresivo, se negaba a rehabilitarse y recuperarse. Eduardo tenía estallidos de furia en el área familiar, especialmente con los hijos: les gritaba y en ocasiones los empujaba cuando intentaba comunicarse y se le dificultaba. Sin embargo, solía manifestar que se encontraba mejor de las secuelas y que se sentía totalmente recuperado. La mujer comentó que notaba a sus hijos un poco perdidos y desorientados. Fundamentó que la discapacidad de su esposo era un problema para toda la familia, al que ninguno se acostumbraba, lo cual ocasionaba una convivencia familiar dificultosa.

Susana volvió a mencionar que se encontraba desorientada y que no sabía qué hacer. No quería que su esposo fuese a un centro de rehabilitación porque habían tenido malas experiencias: Eduardo se enojaba con el personal, lo agredía, e incluso había llegado a empujar a los terapeutas. Una de las fonoaudiólogas que lo atendía quedó muy asustada luego de un incidente y no quiso volver a atenderlo.

Susana contó que el accidente cerebro vascular sucedió en Europa, en el marco de un congreso. Fue una situación muy difícil para la familia. Ella tuvo que dejar a sus hijos para acompañar a su marido. Eduardo estuvo muy grave, y permaneció internado en Europa por casi tres meses. El accidente le había dejado secuelas, y si bien se había recuperado del déficit motor, tenía alteraciones de la memoria, la temporalidad y la espacialidad con una marcada tendencia al aislamiento. Recordar este episodio la angustió mucho.

Le pregunté si podía definir cómo era su marido antes del ACV, cómo era su personalidad, y si podía describir algún rasgo de carácter. Eduardo, a los 24 años, padeció el suicidio de su madre: se encontraban recién casados, y al poco tiempo la madre falleció luego de arrojarle debajo del tren. Ese mismo año sufrió un ataque asmático que se cronificó, del cual nunca pudo curarse. Se trató de un “año terrible, de muchas corridas”. A los 48 años, tres años antes del ACV, sufrió una miocardiopatía dilatada que requirió varios cuidados que no fueron respetados: comía con voracidad y no se sometía a los controles médicos. Según Susana su marido “fue un desastre en todo su cuidado”. La mujer describió al paciente como un hombre hiperactivo, autosuficiente, muy obsesivo e impulsivo, que

nunca se mostraba triste o angustiado. El descuido de Eduardo preocupaba seriamente a Susana y a su familia.

Se le propuso a Susana convocar formalmente a su marido a una entrevista aunque posiblemente, por lo que ella le había contado, este no accediera. Se reafirmó la importancia de que tanto ella como sus hijos recibieran orientación. La situación de riesgo comprometía a la familia entera, no solamente a Eduardo.

La estrategia clínica planteada fue proponer orientación a todos los integrantes de la familia. Se decidió no citar a todos como un conjunto abierto para evitar que el familiar desvalido fuese arrasado por el resto del grupo familiar. Se combinaron entrevistas con los hijos. Frente a la probabilidad de que Eduardo rechazase la propuesta, el terapeuta se comprometió a llamarlo en el caso de que esto sucediera. Se acordó un horario para su marido.

#### Entrevista con Eduardo

Eduardo no acudió a la entrevista. Pasada media hora del horario previamente pautado se lo llamó por teléfono. Curiosamente atendió él. Y me presento y le expliqué que había tenido una entrevista con su mujer y que lo estaba esperando para conversar y ver cómo podía ayudarlo. El paciente respondió que: “no, no, no” repetidas veces tapando mi discurso e inferí que aquel podía no estar comprendiendo lo que se le decía. Parecía que gritaba para no escuchar. También podría haberse tratado de una respuesta automática, muy común en pacientes neurológicos, más aún si no se rehabilitan.

Luego, el paciente dejó a un lado el teléfono y se escucharon una serie de gritos provenientes de uno de sus hijos. Minutos después, fue la esposa quien retomó la comunicación y me comunicó que su marido no había querido ir a la entrevista. Además le pregunté quién gritaba. La mujer respondió que se trataba de su hijo menor, quien poseía un temperamento parecido al del padre. Se le recordó la importancia de que sus hijos tengan un espacio de orientación y les otorgué un horario lo más pronto posible. Esta primera entrevista sin la presencia de los padres pudo realizarse gracias a que dos de sus hijos son mayores de edad, de lo contrario la indicación hubiese sido distinta.

#### Sesión con los hijos

Llegaron los cuatro hermanos juntos y a horario al consultorio. Dirigieron la mirada hacia el diván y preguntaron dónde sentarse. Les indiqué que podían hacerlo donde quisieran. Matías, el mayor, fue quien primero se sentó, al lado Rocío, luego Santiago, y por último Lucas. En la disposición espacial se agruparon de mayor a menor y de izquierda a derecha. Esto me llamó la atención, teniendo en cuenta que el diván era de gran amplitud y se encontraban los cuatro “pegados”. Al comienzo se mostraron nerviosos e inquietos, intercambiando miradas y silencios.

Comencé por explicarles por qué se encontraban allí. Brevemente comenté que su madre estaba preocupada por su padre. Y pregunté si ellos también se encontraban preocupados por aquella situación, o si eran otras cosas las que les preocupaban. Rocío se mostró más callada y desorientada que sus hermanos.

Matías comenzó diciendo que se encontraba muy preocupado por las conductas de su padre quien gritaba, insultaba, y no se le entendía al hablar. Contó que su padre elegía las palabras para comunicarse, pero cuando se le dificultaba realizar esta acción se ponía mal, contestaba mal y gritaba. Esta situación le resultaba insoportable. Rocío agregó que su padre decía estar bien y que iba a volver a trabajar, pero que ella no estaba del todo confiada al respecto. Destaqué la importancia de este comentario.

Santiago comentó que no solo gritaba, sino que se pasaba el día mirando la televisión en un volumen elevado y se encerraba. El menor dijo que en su caso era él quien le gritaba a su padre y no al revés. Comentó que en varias ocasiones su padre ha entrado a su cuarto sin decir o hacer nada, simplemente a mirarlo. Aquí el menor describió una mirada silenciosa del padre, distinta a la que describieron sus hermanos.

Rocío aclaró que tenía experiencia con psicólogos porque estaba en tratamiento debido a un problema con la comida (Anorexia), pero que se encontraba mejor. Luego agregó que su padre comía mucho, que solía encerrarse a comer y que estaba muy gordo. Señalé que debía ser difícil para ella entender a alguien que come en abundancia cuando ella no quería comer nada, y que en este extremo ella y el padre debían encontrarse. Este comentario la angustió. Esto podría hacer referencia a la personalidad pre-mórbida del padre: La hija podría haber pensado que ambos tenían un problema en común, ligado con el creer. Por lo tanto, debía estar preocupada al ver los dos destinos que puede tener la gente en relación

con este creer: su padre se autoimpuso creer lo no creíble, tragaba ejerciendo una violencia sobre su garganta, sobre su esfínter oral, y ella, en forma inversa, no tragaba.

Matías manifestó saber que su padre se sentía impotente porque intentaba desahogarse y quitarse la bronca, pero no encontraba la palabra. Allí intervine y les pregunté si ellos encontraban la palabra para comunicarse con él. Los hermanos se angustiaron. Se pusieron a llorar todos menos el menor, quien miraba hacia un costado, hacia la ventana. Se les señaló que ellos podrían estar sintiendo que tenían otro padre en su casa pero que, sin embargo, el padre que ellos conocían seguía allí aunque de un modo poco perceptible.

Les comuniqué que a lo mejor ningún profesional los había orientado para saber cómo comunicarse con una persona que tuvo una lesión cerebral. Los hermanos dijeron que era la primera vez que alguien les hablaba y los escuchaba. Les comenté entonces que las personas con este tipo de lesión suelen volverse hiperacúsicos, y que ellos al ser cuatro hermanos quizás tendían a hacer mucho barullo y a hablar encima. Les expliqué que el problema de su padre se llama Afasia, y que debía haber momentos en que su padre no sólo no escuchaba sino que tampoco comprendía, lo cual le generaba una gran frustración e impotencia. Y les expliqué también que su padre tenía otro tiempo, otra lógica, y que podría resultarles difícil escucharlo.

Rocío expresó el deseo de que su padre vaya a terapia. Matías expresó la creencia de que su padre cada vez se encontraba peor.

Además les pregunté a los jóvenes qué otras cosas les preocupaba en cuanto a la conducta de su padre. Una de sus preocupaciones era que su padre no había dejado de manejar. Manejaba a toda velocidad y “como un loco”. Sus hijos no se animaban a decirle que no porque temían que se ponga más agresivo. Se les señaló que podrían encontrarse en la antesala de otro accidente: el del ACV y el que podría ocurrir entre todos ellos.

Se les indicó a los hermanos que tendrían que ayudar y acompañar a su madre. La situación familiar requería mucho esfuerzo de su parte, y ella también necesitaba ser cuidada. Matías comentó que la vida familiar cambió mucho luego del accidente. Su madre tuvo que salir a trabajar. Ella era Analista de Sistemas pero nunca había ejercido. Se planteó la necesidad de que alguno de ellos acompañara en las consultas con el médico.

Finalizando la entrevista les pregunté a cada uno, y a modo de cierre, qué fueron sintiendo a lo largo del encuentro. La consigna fue que hablaran del menor al mayor. Lucas dijo que

“estuvo piola”, Santiago dijo que por lo menos pudo entender un poco mas qué le pasaba a su papá, Rocío comentó que le ponía triste porque aquello que hablaron le recordó a las terapias familiares de la institución a la cual ella asistía. Y Matías preguntó si iban a volver a terapia. Se les planteó la necesidad de contarle a su padre, como pudiesen, la reunión que tuvieron, y que le dijese que el psicólogo tenía ganas de escucharlo. Y les ofrecí un horario abierto para que el próximo encuentro pudiese asistir quien quisiera.

#### Entrevista con Susana

El día anterior a la tercera entrevista Susana se comunicó al consultorio para consultar quién tenía que ir. Ella informó que sus hijos llegaron a casa muy acelerados y que el mayor entró en Internet para investigar acerca de la enfermedad. Le pregunté si Eduardo iba a acudir a la terapia y ella respondió que parecía que sí, y que de lo contrario irían sus hijos.

#### Entrevista con el paciente

El día de la entrevista el paciente apareció solo. Eduardo tenía 51 años cuando comenzó el tratamiento. Impresionaba como un hombre con sobrepeso, con buena ropa, pero con desaliño. Como se mantenía de pie se le propuso tomar asiento. El paciente se mantuvo de pie mirando reiteradamente hacia la puerta. Me dirigí hacia él y puse en palabras aquello que al paciente le sucedía: no sabía si iba a tolerar mucho tiempo allí.

**Contratransferencialmente** las sesiones con este tipo de pacientes parecieran no terminar, el tiempo queda congelado en relación al trauma y al silencio mortífero y el analista queda contagiado en ese tiempo; con el riesgo de ingresar a un agotamiento profesional.

A la familia del paciente le sucedió lo mismo que al analista en las sesiones. En este caso, el problema del tiempo tuvo que ver con la somnolencia, la apatía, el aburrimiento, y la desinvertidura del mundo en el que están inmersos. La importancia reside en cómo cada uno de los miembros tolere o resuelva la situación, lo cual puede dar lugar a confrontaciones.

Le planteé que cuando tuviese ganas de irse, avisara y podría retirarse. Se lo invitó a sentarse de nuevo explicando que resultaba incómodo estar sentado mientras él se

encontraba de pie. Le pregunté si lo entendía y el paciente asintió con la cabeza. Se sentó. Una vez sentado se le preguntó cómo se encontraba. El paciente, con una significativa dificultad en la expresión dijo: “Estoy bien. Tratamientos, mis hijos bien, no sé, voy a trabajar”. Aparecieron palabras sueltas, condensadas. Además le pregunté si estaba interesado en saber qué habían dicho sus hijos cuando estuvieron en el consultorio. El paciente asintió nuevamente con la cabeza.

Comenté la preocupación que tenían sus hijos debido a sus enojos. Eduardo hizo un movimiento con la cabeza negando estos estados de furia en la casa. Como estrategia frente a la desmentida, cambié radicalmente la orientación de la pregunta, y le dije “¿Me cuenta qué le pasó al año pasado?”. El paciente respondió: “Yo muerto en el piso, gritos, ambulancias, todo lejos”. En aquel momento se le señaló que algunas de las situaciones difíciles que tuvo que atravesar quedaron mudas dentro de él, y que era muy importante recordarlas. Se puso a llorar en forma catártica, y se tapó la cara. Fue muy largo su llanto. Contratransferencialmente como analista sentí mucho temor de que sufriera una recaída debido a su afección cardíaca.

Era la primera vez que Eduardo se encontraba con su dolor y rápidamente le ofrecí un vaso con agua. Tomó agua y comenzó a mirarme y le señalé cuanto dolor tenía adentro, y que muchas veces este dolor se transformaba en enojo y en furia. Todos estos sentimientos convivían dentro de él. El paciente golpeó fuertemente el diván.

La furia en estos pacientes comprende poder abordar la opción de lo que implica estar en el mundo furioso. El ataque de furia era la mejor alternativa que tenía Eduardo para investir al mundo, patológicamente hablando.

Se lo convocó a una próxima sesión para comenzar a trabajar juntos, y para ayudar a sus hijos y esposa. Eduardo asintió con la cabeza diciendo: “hijos, hijos”.

### Reflexiones teóricas

#### Evolución del tratamiento

Según el fundamento teórico de las neurosis traumáticas, no se incluyó al paciente afectado en la primera etapa del tratamiento en las sesiones de grupo familiar. El objetivo fue darle una mayor cantidad de herramientas para fortalecerlo y evitar correr el riesgo de que la



familia lo ubique en el lugar de desvalido y que los hijos lo viesen como un hermano más. A largo del tratamiento se trabajó la recuperación de su rol paterno entonces devaluado. El objetivo clínico terapéutico fue poder ligar en palabras las escenas mudas, traumáticas, y ver de qué manera Eduardo aceptaría asistir a un centro de rehabilitación para trabajar sus dificultades de lenguaje. Además, se hizo hincapié en evitar los episodios de violencia hacia los demás y las situaciones de riesgo a las que él mismo se exponía. Una efectiva evolución del tratamiento resultaría de la combinatoria entre lo familiar, individual y rehabilitarse.

Los encuentros con los hijos o con la esposa se estipularon cada 15 días. El tratamiento con Eduardo evolucionó en sesiones individuales hasta que pasados unos meses se lo pudo incluir en las sesiones con los demás miembros del núcleo familiar. Las sesiones vinculares con los hijos se llevaron a cabo individualmente, debido a que cada uno de ellos se encontraba en un momento evolutivo distinto.

#### Discusión de resultados

No sugerí a sus miembros para que realicen terapias individuales en esta etapa del proceso terapéutico. En cambio, les ofrecí orientación a todos los integrantes de la familia. Se combinaron entrevistas con los hijos y con la esposa en forma individual. Sin embargo, la manera de pensar las situaciones clínicas en este tratamiento fue tener siempre presente al grupo familiar en su totalidad. Esto se podría articular con el concepto de Neurosis Traumática Familiar, como elemento unificador del mismo: cómo el trauma impacta en todos los miembros de la familia pero de manera diferente. Se dan intercambios interfuncionales entre distintos somas donde todos los integrantes de la familia están siendo inhibidos en la problemática traumática del paciente.

Este tipo de tratamiento que incluyó una estrategia clínica múltiple, se diferencia de los tratamientos de rehabilitación tradicionales ya que estos últimos toman al paciente individual dejando a la familia fuera del tratamiento. Hay que tener presente que la inclusión de la familia implica un mayor alivio en el paciente con discapacidad.

## Conclusión

Existe una correlación entre Psicopatología y Discapacidad, a doble vía. Así como hay pacientes que llegan a la Discapacidad desde la Psicopatología (Ej.: una persona con cardiopatía crónica y que sufre un accidente cerebrovascular y queda con secuelas severas que desembocan en una discapacidad definitiva). También está la inversa, una persona que llega a la Psicopatología desde la Discapacidad, como el caso clínico desarrollado del niño con Síndrome de Down, en el que hay una imposibilidad para ligar las pulsiones, una estasis de la autoconservación.

Si bien en ambas clínicas hay elementos comunes, también hay elementos específicos, diferenciales que nos hacen pensar como analistas, distintos proyectos, estrategias y metas clínicas y distintas formas de escuchar no sólo de la persona con afección psicopatológica y/o discapacidad sino también, de su grupo familiar y la atmósfera médica que rodean a ambas manifestaciones.

## Bibliografía

Anzieu, D. (1987): *“Las envolturas psíquicas”*. Ed. Amorrortu.

Cantis, J. (1999) “La Contratransferencia en la Clínica de la Discapacidad”, en *Contribuciones al Trabajo Psicoanalítico con Niños y Adolescentes*. ASAPPIA. Ed. R. Vergara.

\_\_\_\_\_ (2001) "Discapacidad: Subjetividad, Vitalidad Interior y Familia", en *Trabajo Psicoanalítico con Niños*. Ed. R. Vergara. Argentina.

\_\_\_\_\_ (2008) "Agotamiento Profesional y Traumatización en el Campo de la Discapacidad" *Actualidad Psicológica* “Discapacidad Hoy”. N° 362.

\_\_\_\_\_ (2012) “Aburrimiento y Vacío Psíquico en los Niños en el Contexto Escolar: Reflexiones Psicoanalíticas e Intervenciones Posibles”. En *Actas, Jornada “Psicoanálisis en las orillas. Orillas del Psicoanálisis”* Colonia, Sacramento.

Cantis, J.; Maldavsky, D.; Durán, R.; García Grigera, H. (2012) “Afección Somática y Neurosis Traumática Familiar”. *V Congreso Internacional de Pareja y Familia: El Psicoanalista ante las Familias y Parejas del Siglo 21: Nuevos Desafíos Técnicos*. Del 25 al 28 de Julio de 2012. Universidad de Pádova. Pádova, Italia.

- Freud, S. (1920) *“Más allá del principio del placer”*. Ed. Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1926) *“Inhibición, Síntoma y Angustia”*. Ed. Amorrortu.
- Kreisler, L (1974) *“El niño y su cuerpo”*. Ed. Amorrortu.
- Kristeva, J. (1977) *“Frontières du Refoulement”*. Ed. du Seuil
- Maldavsky, D (1992) *“Teoría y Clínica de los Procesos Tóxicos”*. Ed. Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1993) “Metapsicología de las neurosis traumáticas”, *Revista de Psicoanálisis*, Tomo L N° 1.
- \_\_\_\_\_ (1995a) *“Pesadillas en Vigilia. Sobre Neurosis Tóxicas y Traumáticas”*. Ed: Amorrortu.