XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Parentalidad invertida y eclosión somática.

Sauane, Susana.

Cita:

Sauane, Susana (2007). *Parentalidad invertida y eclosión somática. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-073/148

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/n11

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

PARENTALIDAD INVERTIDA Y ECLOSIÓN SOMÁTICA

Sauane, Susana
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN
Las investigaciones UBACyT "Incidencia de las fallas parentales en la vulnerabilidad psíquica y somática infantil" mostraron que los niños psicosomáticos de la muestra, a) habían padecido un exceso de estímulos originados por fallas parentales, ya sea por déficit (depresión), o por exceso (sobrestimulación) en momentos tempranos; y b) que al ser reactualizados más adelante por diversas circunstancias de la vida se había producido una dificultad de tramitación que había derivado en trastorno psicosomático. Aunque debemos puntualizar en todo padecimiento existe una policausalidad. El presente trabajo refleja las viscisitudes del abordaje psicoterapéutico de un niño que padece un brote de lupus eritematoso sistémico generalizado estudiado a la luz de los resultados antes mencionados. Se intentará aportar técnicas específicas de la clínica de estos pacientes.

Palabras clave
Psicosomática Parentalidad Desorganización progresiva

ABSTRACT
THE INVERTION OF PARENTS RELATIONSHIP AND SOMATIC DISORDER
The UBACyT researchs "Effect of parent's failure on children's somatic and psychic vulnerability" showed the presence of parents or substitute person's who couldn't protect their children fron the excess of stimulus and excitement, either due to deficit (depression) or excess (overstimulation) which had taken place very early in life. In every psycosomatic pathology there exist several causes that are originated in constitutional predisposing factors, parents´ failures and other traumatic circunstances that let it break out. This paper intents to show psychoterapic work which continues with the reaserchs´ results. Its about a eleven years old child with LES and his familiy circunstances.

Key words
Psychosomatic LES Progresive disorganization

INTRODUCCIÓN
Las investigaciones UBACyT "Incidencia de las fallas parentales en la vulnerabilidad psíquica y somática infantil" (PS005, AP032) mostraron que se corroboraba con frecuencia la correlación entre las dificultades de los padres (en términos de patologías severas o circunstancias exteriores que ponían en crisis el vínculo parental filial) y los trastornos psicosomáticos de los hijos. Aunque debemos enfatizar que siempre existe una policausalidad en la determinación de este tipo de padecimiento. Este trabajo desarrolla una intervención terapéutica estudiados a la luz de los resultados obtenidos en los estudios antes mencionados.
Los padres consultan por su hijo Federico de 11 años que había estado internado dos semanas en un hospital de alta complejidad, los médicos le habían indicado que fuera atendido psicoterapéuticamente. El púber padecía un brote de lupus eritematoso sistémico (LES) diseminado y estaba medicado con una dosis muy alta de inmunosupresores, así como con antidepresivos y ansiolíticos. El LES es un grave trastorno autoinmune inflamatorio crónico que se determina por análisis de sangre, donde los anticuerpos atacan los órganos como si fueran agentes externos. El LES puede ser leve o grave, en general sólo sobreviven más de diez años en un 85% de casos. Las manifestaciones graves o diseminadas con compromiso significativo de varios órganos -como el caso que presentamos- tienen peor pronóstico en términos de supervivencia y discapacidad general. Es una enfermedad que se manifiesta a brote y el inicio frecuentemente se estabiliza luego de un año de tratamiento.

Intervención terapéutica
Tanto la gravedad de la enfermedad como las dificultades económicas y emocionales de los padres condicionaron la modalidad de la intervención. Se tuvo una única entrevista con ellos y luego se inició el abordaje del paciente. El seguimiento con la madre se hizo telefónicamente y se mantuvo un contacto fluido con la psiquiatra que lo medicaba quien, a su vez, estaba en comunicación con los médicos tratantes.
El grupo familiar está compuesto por la madre (Cristina) 39 años, el padre (Pablo) 40 años y dos hijos: nuestro paciente Federico de 11 y Matías de 8 años.

Datos de la entrevista con los padres
La madre fue la que habló. El padre se mostró muy retraído y aún cuando se le preguntaba contestaba con monosílabos o la miraba para que ella respondiera; estaba atento, pero se lo percibía deprimido y cuando Cristina relataba situaciones que eran dolorosas o hirientes hacia él, parecía no registrarlas.
Federico había terminado séptimo grado. Lo describen como obediente, sensible, buen compañero, excelente alumno. Muy preocupado por su madre aquejada de algunas dolencias somáticas (gastritis, dolores de cabeza, etc).
La familia había enfrentado una serie de sucesos dolorosos. Hacía tres años el abuelo materno, figura idealizada por la madre y el niño, había muerto repentinamente de un accidente cerebro vascular. En la medida en que la abuela quedó deprimida tuvieron que mudarse con ella, porque era única hija aunque se llevaban muy mal.
En quinto grado, Federico pidió llevar el apellido de su abuelo,

situación que aún llena de orgullo a la madre quien sostiene que el niño descalifica al padre. Al año siguiente el padre sufrió un infarto leve. Pocos meses después el púber adelgazó 10 kilos.
En el mismo año de la consulta Federico había sido operado de amígdalas y había quedado muy impresionado, deprimido y asustado. Un par de meses después comienzó con movimientos coreicos que se agravaron hasta no poder sostenerse. Fue hospitalizado con un cuadro de excitación psicomotriz severa, no hablaba, no caminaba. Allí le diagnosticaron LES diseminado: tenía afectado el sistema nervioso central, el corazón, el hígado, los riñones y pulmones.
Cuando salió de la internación preguntaba a sus padres ¿"dónde me contagié, voy a contagiar a otros, me voy a morir"?. No quería quedarse solo, tenía prohibido tomar sol, hacer deportes. Se agitaba ante cualquier acción, aún el caminar. Los corticoides le incrementaban el hambre y le costaba dejar de comer. La madre oscilaba en su actitud frente a la enfermedad: a veces se desesperaba, a veces la desmentía.
Abordaje:
Las prioridades del abordaje fueron tres: (a) tratar la situación de estrés postraumático (ayudarlo a elaborar lo vivido); (b) poder sobrellevar los estudios necesarios por la enfermedad y, en último término, (c) empezar a tramitar sus dificultades emocionales.
La muerte repentina del abuelo parecía ser uno de los elementos que debíamos abordar, pero no menos significativa resultaba la relación con su madre y con su padre, así como el infarto de éste.
En el abordaje de F se tenía que estar muy atento a las comunicaciones de la madre, porque se deslizaba rápidamente a la desmentida de la gravedad de la enfermedad.
Se utilizó la técnica del garabato de Winnicott que consiste en que el terapeuta, con los ojos cerrados, hace un garabato en una hoja y el paciente lo completa y verbaliza lo que se le ocurrió; luego el juego se invierte, el analista debe dar imagen al garabato del paciente.
Esta técnica facilitó la comunicación y, así, fue posible indagar las fantasías, temores y vicisitudes que el niño estaba atravesando; así como los cambios corporales que había sufrido (había engordado mucho) y ayudarlo a discriminar su "sí mismo corporal" de aquellas modificaciones suscitadas por la enfermedad. También permitió armar un espacio de confianza y contención (espacio transicional) donde los dibujos constituían ese vínculo entre el adentro y el afuera que permitiría abordar el caos generado por la enfermedad y los conflictos que en gran medida habían facilitado su desencadenamiento.
F encontró en el "garabato" una forma de entablar un vínculo con la terapeuta y consigo mismo. En un momento de eclosión somática es importante poder poner palabras al dolor, a los miedos, a la desconfianza y al enojo. La incertidumbre y la depresión eran lo que prevalecía; F seguía conmocionado y desconfiaba de los médicos.
Este abordaje le permitió desplegar su habilidad para el dibujo a la que sentía como una capacidad y un logro. Además, podía desplegar su estado de ánimo y crear, a través de la producción gráfica, ciertas asociaciones que operaban como indicadores que guiaron el trabajo terapéutico.
Por la brevedad de la exposición se transcribe sólo la primer entrevista para luego pasar a las hipótesis diagnósticas.
Viñeta de la Primera Entrevista:
Federico habla poco, se lo percibe abrumado y desesperanzado. Repite frases y palabras.
F. No quiero llorar, no quiero llorar tan seguido.
T. seguramente con todo lo que pasó, estás muy triste. Es natural, hubo muchas cosas que te sucedieron de golpe y algunas todavía no las podés entender.
F. Miedo…miedo..miedo de todo. Hospital…bronca…mucha bronca…mi hermano tiene celos…me aburro no puedo hacer nada. Antes iba a la casa de amigos, ahora no puedo hacer nada. Me agito, me aburro y me pongo a comer. Quisiera que mi hermano estuviera conmigo pero él no quiere.
T. y eso te da mufa?
F. lo extrañé mucho porque no lo pude ver. A él no lo iban a dejar pasar porque era chiquito, entonces no lo iban a dejar entrar…Tengo miedo de mañana, martes 13, el hospital.
T. Tenés miedo de quedar internado?
F. Si, muchisimo!!, muchisimo!!!! Máquina en la garganta, no quiero que sufran.
T. ¿te van a hacer una endoscopía? (F. no sabe); T. le explica de qué se trata y cómo es
F. pide ir al baño.
La terapeuta coloca hojas y lápices. El paciente entra y mira aliviado el escritorio. Se le propone el juego del garabato.
Dibuja: un león, un E.T., un árbol, King Kong y pollitos que nacen de huevos.
La terapeuta despliega los dibujos que realizó y los miran juntos. Ante la pregunta sobre, si se le ocurre algo, la T. le explica que los dibujos posiblemente tengan algo que ver con lo que está viviendo: por ejemplo, el león puede expresar tu enojo por todo lo que le pasa. F. se alivia y sonríe por primera vez.
La terapeuta le dice quizás dibujó el E.T. porque curaba: "Vos quisieras que viniera alguien como él
F. dice no!!!
T. aunque vos sabes que no es posible, igual seria lindo!!!
F. sonríe
T. me parece que quizás quisieras nacer de nuevo, como los pollitos, y ser fuerte como el árbol y el king kong. ¡Te parece que esto que te digo tiene que ver un poco con lo que te pasa?
F. Si!!!, mucho!!!!!
Desarrollo:
Las características de Federico concuerdan con las que numerosos teóricos que se han abocado a estos trastorno han postulado para los pacientes psicosomáticos: sobreadaptación (Liberman), falso self (Winnicott), neurosis del "niño bueno" (Kreisler), etc.
La modalidad de funcionamiento mental del niño muestra la utilización de mecanismos defensivos arcaicos: vuelta contra sí mismo, desmentida; también presentaba cierta indiscriminación yo -no yo y exigencias desmesuradas propias de un yo ideal omnipotente (quería dar examen de inglés pese a que no había concurrido por estar internado). Este tipo de características concuerda con las estructuras con prevalencia de vulnerabilidad somática descriptas por la Escuela de Psicosomática de París.
Además, se infiere un vínculo simbiótico con la madre asociado con una "falta de función paterna"(1). La función de parentalidad está invertida: el niño cuida permanentemente a la madre y ha investido la percepción de los estados emocionales de la misma en detrimento de sus propias vivencias corporales. Podemos inferir que esta sumisión deriva de una incapacidad materna que dejó al niño a merced de vivencias de desvalimiento. La madre de F pareciera estar centrada en su propio padecimiento y esto no le permite reconocer la gravedad de la enfermedad de su hijo.
Cristina no podía traer a su hijo a tratamiento, le resultaba muy difícil llevarlo al hospital (en un momento, poco después de salir de la internación comenta por teléfono a la analista que pensaba no llevarlo más al hospital, esperar durante tres meses y comenzar a concurrir a la prepaga a la que se habían asociado). Según los médicos, durante la internación, se enojaba con ellos y con el niño. El padre, a su vez, es débil y frágil; pareciera sumido en una depresión narcisista severa que lo hace desvalorizar su pensamiento e incluso la posibilidad de responder a cualquier pregunta sencilla que le hiciera la terapeuta.
La muerte del abuelo los sumió en un estado de desvalimiento que no pudieron superar: Cristina estaba muy aferrada y se sentía sostenida por él. La simbiosis con su madre llevó al niño

a querer ocupar el lugar de hijo incestuoso para así llenar el vacío dejado por el abuelo. Posteriormente, el infarto del padre pudo haber colocado a Federico en una situación de intensa culpa, ya que su desconocimiento paterno (recordemos que F. había querido llevar el apellido materno, un parricidio simbólico) se vió "plasmado" en un severo daño somático. Estos fueron traumatismos imposibles de procesar: de hecho, los padres mencionaron que el año anterior F. había perdido 10 kilos y que posiblemente éste haya sido el comienzo de su enfermedad (y, efectivamente, ese es uno de los posibles indicadores de inicio del LES).

Postulamos que en el momento de la consulta F. está atravesando una verdadera desorganización progresiva (2). La desorganización progresiva se genera siempre en un comienzo en una experiencia traumática y desemboca en una serie de somatizaciones que pueden derivar en la muerte.

La Escuela de Psicosomática de París describe la desorganización progresiva como una situación donde las defensas psíquicas quedan paralizadas y se produce una verdadera debacle somática.

Puntualización de los temas en los que se centró la intervención:

La situación de internación: lo único que F. recordaba era una noche que estaba solo, que el niño de la cama contigua lloraba y la madre no hacía nada para calmarlo. A través de este desplazamiento en su compañero de habitación pudo conectarse con el desvalimiento, el miedo y el enojo porque no había adultos que lo contuvieran.

Las emociones que lo inundaban; sobre todo el manejo patológico de la agresión

Las fantasías terroríficas que le suscitaban los estudios a los que necesitaba someterse.

Se puso énfasis en catectizar el futuro y su fortaleza; esto último, a través de aportes narcisitas que apuntaban a reorganizar su yo frágil.

Final del abordaje:

Se pone de relieve que a pesar de la gravedad del brote, las posibilidades de reorganización mental (3) de Federico hicieron factible que, a los tres meses de iniciado el tratamiento, los valores de laboratorio eran normales y el brote había remitido. En ese momento la madre decide el cambio de analista aduciendo "la lejanía de los domicilios".

Para finalizar se subrayan las significativas diferencias en el abordaje técnico psicoanalítico de los trastornos psicosomáticos con respecto al de las neurosis.

El objetivo clínico que se plantea en el abordaje de estos trastornos es el de *contribuir al enriquecimiento del sistema preconciente* a través de establecer una comunicación entre las instancias de la primera tópica, ya que nos encontramos con un verdadero aislamiento del sistema inconsciente, que "recibe pero no emite" (4)

Es por ello que el terapeuta debe tratar de ayudar al paciente a crear ligaduras entre los distintos elementos de su discurso, conexiones entre sus pensamientos y emociones, entre su pasado y su presente y, a la vez, poder investir el futuro con proyectos. Esto, en parte, se logra a través de las propias asociaciones del analista, que permiten al paciente acceder a otros procesos psíquicos (figuración, simbolización, desplazamiento, etc.) Por otra parte, en la medida en que la investidura del propio cuerpo (atención a sus señales) así como el cuidado del mismo no han sido logrados satisfactoriamente por estos sujetos, el analista debe tenerlo presente y hacer que aquel los tenga en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) WOLFBERG, YUFRERA, REMONDINO, ALEVI, "Conceptualización psicosomática de un equipo de trabajo con enfermos autoinmunes", 1993, Revista Claves N* 5 Bs. As., Argentina

(2) MARTY, Pierre, "La psicosomatica del adulto", Amorrortu Ed., 1990, Bs. As.

(3) MARTY, P., "Los movimientos individuales de vida y muerte", Ed.Toray, 1984, Madrid

(4) MARTY, Pierre, "El orden psicosomatico", Ed. Promolibro, 1995, Valencia