

Sobre un caso de neurosis traumática familiar

Por Ma. Belén Simonetti¹

Resumen

El presente trabajo tendrá como objetivo presentar un fragmento de un caso clínico de un paciente adulto con discapacidad intelectual, al que se acompañó junto con su familia en el momento de enfermedad y fallecimiento de ambos padres, en el contexto institucional de un hogar con centro de día.

Se intentará dar cuenta de la neurosis traumática familiar instalada, debido a la imposibilidad de elaboración parental del trauma psíquico vivenciado durante el nacimiento y consiguiente diagnóstico de discapacidad de su hijo.

La perturbación de la economía libidinal en esta familia, generó a lo largo de los años las consiguientes alteraciones somáticas: afecciones cardíacas y de piel, en los miembros de la misma. Observaremos como mecanismo de defensa preponderante la desestimación del afecto.

Palabras clave

Discapacidad - Trauma psíquico - Neurosis traumática familiar - Alteraciones somáticas - Desestimación del afecto.

Abstract

The present work will aim to a fragment of a clinical case of an adult patient with intellectual disability, who was accompanied along with his family at the time of illness and death of both parents, in the institutional context of a home with a day center.

An attempt will be made to account for the installed family traumatic neurosis, due to the impossibility of parental elaboration of the psychic trauma experienced during the birth and subsequent diagnosis of disability of his son.

The disruption of the libidinal economy in this family, generated over the years the consequent somatic alterations (heart and skin conditions). We will observe as a preponderant defense mechanism the rejection of affect.

¹ Lic. en Psicología (UBA). Alumna regular de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Discapacidad (posgrado UBA). Experiencia institucional como psicóloga clínica con niños, jóvenes y adultos con discapacidad y sus familias. E.-mail: belensimonetti@hotmail.com

Key words

Disability - Psychic trauma - Family traumatic neurosis - Somatic disturbances - Rejection of affect.

Introducción

Como indica Blanca Núñez (2015), la pareja parental tendrá expectativas, ilusiones, deseos sobre el hijo por nacer, una imagen ideal fantaseada, incluso desde antes de concebir al hijo. Esta imagen se superpondrá al hijo real. ¿Qué sucede cuando el hijo llega enfermo? Causa un shock, produce al decir de la autora: “un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares” (Núñez, 2013, p.135). El impacto brusco, súbito del acontecimiento rompe con lo planeado y con las expectativas depositadas en el hijo hasta ese momento. La pareja parental debe afrontar una situación de crisis accidental que se caracteriza por el factor sorpresa de lo inesperado, se hallan ante una realidad que no se pudo anticipar. La autora entiende a la crisis como una oportunidad de fortalecerse o por el contrario de dar lugar modos disfuncionales de vincularse. Ambas posibilidades coexisten en dicho momento crítico. La capacidad para afrontarlo estará en función de diversas variables, entre ellas la elaboración de duelos previos, la historia de cada miembro de la pareja, nivel socioeconómico, etc.

Partiendo de un modelo de constitución intersubjetiva del psiquismo, ya que no existe forma de concebir el psiquismo sin relación a otros significativos. Se analizará en el presente caso el impacto traumático generado en los padres por el diagnóstico de discapacidad del hijo, su incidencia y posible perturbación de la función materna desde los primeros contactos con su bebé. Lo que tendrá sus efectos en la constitución de la subjetividad del mismo. Entendemos desde las series complementarias que cada experiencia produce en cada sujeto un impacto particular según la resonancia que pueda tener con su constitución e historia personal, lo cual repercutirá en la capacidad de afrontamiento y elaboración.

Presentación y recorte de caso

Se tomará el primer encuentro con los padres de Carlos, así también ciertas manifestaciones clínicas en el paciente al momento que se inicia el tratamiento.

Al momento del inicio, estos padres se encontraban atravesando su propia vejez, enfermedades y acercamiento a la muerte. La familia estaba compuesta por María (66), Pedro (70), Carlos (42) y José (47) el hijo mayor, quien se había ido a vivir a Australia desde el año 2000 con su mujer, a pesar de la distancia mantenían comunicación asidua.

Carlos padeció hipoasfixia neonatal con sufrimiento fetal durante el parto. El pronóstico era incierto,

pudiendo desencadenar la presencia de manifestaciones neurológicas en el período neonatal o posterior. El paciente comienza con convulsiones a los dos años de edad. Los padres describen el hecho como pérdida de conocimiento. Por otra parte, comienza a hablar a los tres años. Se intenta la adaptación al jardín pero no se logra. Posteriormente se le diagnóstica retraso mental. Asiste desde entonces a instituciones especiales.

Decidieron la internación de Carlos en un hogar con centro de día, al enfermar la madre de María gravemente de cáncer. Ella decide dedicarse por completo a cuidarla.

María fue única hija, nació en España en el auge de la segunda guerra mundial, su padre llamado a combatir, escapa a la Argentina, y regresa a los nueve años de su hija, en ese marco deciden volver juntos aquí y radicarse definitivamente. La relación de María con su madre fue muy estrecha, de hecho convivieron bajo el mismo techo hasta los dos años del paciente, cuando Pedro termina de construir la casa familiar en un terreno cercano. De Pedro sabemos que nació en España y alrededor de los 12 años emigró con sus padres hacia la Argentina en busca de nuevas oportunidades de trabajo y estabilidad.

A continuación detallo el primer encuentro con los padres. Fue difícil concertar el encuentro, reiteradas veces faltaron a citas que habíamos pautado previamente por teléfono. Me impresionaron desde el inicio como descuidados, desalineados, con poco cuidado de su imagen y aseo personal. Ella fue quien tomó la palabra, su discurso tenía un tono monocorde, con expresión de desgano, desinterés y resignación. Estaba disconforme con la vida por lo que le había tocado vivir, en sus palabras: *“desde que Carlos nació se me terminó la vida, no pude hacer nada más”*. Ella se dedicó en forma exclusiva a la crianza de sus hijos, mientras Pedro además se dedicaba a trabajar ya que fue el sostén económico de la familia. Comentaba lo que le costaba y le había costado en sus palabras *con semejante problema*, se comparaba continuamente con *“los otros”* quienes no habían pasado por lo que ellos, *eran felices y les iba bien*, estimaba, en cambio ellos eran desdichados. La mirada hacia su hijo era y había sido de desesperanza sin vislumbrar sus recursos, centrada en sus limitaciones, y cuando se le señalaba lo que sí habría logrado, dudaba. Su marido se dedicó a asentir y a repetir lo que María decía. Casi cuando terminábamos, como al pasar María hace mención de su insuficiencia cardíaca: *“me dijo el médico que me tienen que operar pero decidí que no por el riesgo”*. Entonces, cuando me dirijo al marido para indagar sobre el riesgo y saber qué opinaba, él se hace eco de lo dicho por su mujer. Me sorprende la carencia de expresión afectiva en su voz y rostro cómo al tocar este tema, mantenían el tono de queja y resignación que predominó el encuentro, sin diferenciación.

Se indagó sobre la presencia de otros familiares cercanos al paciente, que tuvieran vínculo afectivo con él además de ellos, ya que a Carlos se lo veía muy apegado. Se preguntó si habían pensado en alguien que los

ayude con su hijo, durante las visitas, dado el estado de salud de María, a lo cual responde que José pronto vendrá a instalarse a Buenos Aires, que espera que sea él quien pueda hacerlo, pero que no sabía. Se la alienta a hablar de esto con su hijo mayor, así también de la posibilidad de anticiparle a Carlos su enfermedad del corazón, y la pronta llegada de José a la Argentina, con quien había tenido una relación fraterna muy unida y que continuaba resultando de sostén afectivo importante para el paciente, ya que mantenía comunicaciones telefónicas asiduas.

Se realiza a continuación una breve descripción del paciente al inicio del tratamiento. Tenía una afección dermatológica alérgica de larga data. En la institución solía tener repentinas agitaciones psicomotrices, en las que muy acelerado venía a buscarme y me decía: *“no sé qué me pasa”*, mientras ponía mi mano en su cabeza para que lo sintiera. El lenguaje era verborrágico y aumentado, su discurso egocéntrico. La tonalidad monótona, el contenido de pensamiento rígido, solía preguntar incontables veces cuándo se iba, cuándo venía su mamá. Como terapeuta dentro del dispositivo de asambleas grupales, cuando dirigía alguna pregunta a otro compañero él respondía en primera persona, no dejando lugar para los otros, como si sólo contara para mí su exclusividad.

Durante el tiempo que sus padres vivieron, las visitas fueron los fines de semana y contaba con permiso de salida para quedarse a dormir en su casa. Un día previo a que llegase el momento que lo retiraban del centro, su estado empeoraba, empezaba a preguntar en forma compulsiva e inagotable, más de lo habitual *¿cuándo me voy? O ¿viene mi mamá?* Todo esto acompañado de un estado de agitación y excitación, lo cual restringía notablemente su atención para poder realizar las actividades que se le proponían en la institución.

Pedro sufre un preinfarto a los pocos meses de los primeros y pocos encuentros que tuvimos. Luego de un tiempo de este suceso, muere María, una noche de un paro cardio-respiratorio. Carlos despierta en el hogar muy alterado y ansioso preguntando inusualmente por su madre, no porque fuera inusual que preguntase por ella, sí el modo, notablemente angustiado. Aún no sabíamos la noticia y Carlos parecía adelantarnos que algo inminente había acontecido. Se dirige a mí reiteradas veces diciendo: *“no sé qué me pasa, ¿cómo está mi mamá?”*

Pedro muere a los 9 meses de la muerte de su mujer. Este hecho resultó más intrascendente para el paciente, al menos daba esa impresión, por el modo carente de afectividad con el que anunciaba lo acontecido. No obstante por otro lado continuaron las agitaciones como modo de descarga, muy seguidas en un primer momento, luego del fallecimiento de sus padres.

Se pautó con los familiares un encuadre de visitas y comunicación telefónica con el paciente para contenerlo. Lo cual resultó necesario ya que ayudó al sostén y organización del mismo en esos momentos críticos, de la partida de la figura materna a la cual, ya siendo adulto, continuaba tan apegado. Se notó que comenzó a tomar como referente a su hermano José.

Herida que no cicatriza, fijación psíquica al trauma. Neurosis traumática familiar

Desde el psicoanálisis entendemos por trauma al elemento cuantitativo que irrumpe en el aparato psíquico, lo cual desborda la capacidad de inscripción del yo, no puede ser procesado ni inscripto en el sistema de huellas mnémicas o lo es de forma insuficiente. El exceso de estímulos impide una tramitación psíquica. Se genera una inundación del yo que reactiva su estado primitivo de desvalimiento. El impacto genera en el aparato angustia automática. Freud (1920) sostiene: *"llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo"* (Freud, 1920, p.29). La coraza de protección opera apartando los estímulos como un envoltorio o membrana, su función es filtrar los estímulos que provengan del mundo exterior, al menos dice el autor, hasta el momento que acontezcan estímulos tan fuertes que perforen la protección. Prosigue: *"(...) la tarea planteada será dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente, a fin de conducirlos después a su tramitación"* (Freud, 1920, p. 29).

Se genera en el aparato una conrainvestidura para hacer frente a la hemorragia libidinal producida por el trauma, es movilizada la energía de investidura entorno al punto de intrusión. A raíz de lo cual se produce al decir del autor: *"(...) una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica"* (Freud, 1920, p.30). Se trata de estados económicos en los cuales se desinviste el mundo, la libido se encuentra orientada hacia lo endógeno.

Freud (1920) plantea la neurosis traumática *"como el resultado de una vasta ruptura de la protección antiestímulo"* (Freud, 1920, p.31). Retomando a Freud, Maldavsky (1993) indica que se produce la consiguiente alteración económica en el aparato y la imposibilidad de cualificar el estímulo exógeno irrumiente. En sus palabras: *"Se produce un dolor que no cesa, con la abolición de la conciencia (y la subjetividad), que deja una fijación duradera al trauma"* (Maldavsky, 1993, p.189).

Recordemos que ambas corrientes pulsionales, Eros (pulsiones de autoconservación y sexuales) y de muerte (pulsiones de destrucción) se encuentran íntimamente entrelazadas, en estados denominados "intrincación o fusión". Tal es el dualismo pulsional propuesto por Freud (1920/1923), Eros persigue la meta de síntesis y ligazón, y las pulsiones de muerte tienden a la inercia, al retorno a lo inorgánico, proceden

como una destructividad que trabaja en silencio. En sus palabras: *“La vida misma parece ser un combate y un compromiso entre estas dos tendencias”* (Freud, 1920, p.42). Maldavsky (1995a) retomando a Freud, señala como el principio de constancia asegura la preservación de lo vital y un nivel mínimo de tensión compatible con la vida, obstaculizando la tendencia del retorno hacia lo inerte. En las neurosis traumáticas, este estado resultaría afectado, se produciría su desmezcla, el arrasamiento de una de las partes. Diversas observaciones clínicas son atribuibles al resalto de la pulsión de muerte. La defensa de esta última contra la pulsión de Eros consiste en extinguir toda tensión vital, resulta en impedir o arruinar la energía de reserva. En palabras de María: *“se me terminó la vida el día que nació Carlos, no pude hacer nada más”*. También podría articularse a la impresión que tuve al ver estos padres, la falta de vitalidad señalada, sería efecto de ello. La decisión de no operarse puede pensarse, desde esta perspectiva, como un dejarse morir, abandonarse a sí misma, sin hacer intentos posibles de curarse y restablecer su salud para lo cual sería necesario recuperar la tensión vital, lo cual inferimos no le fue posible dado el estado económico de hemorragia libidinal mencionado por la fijación psíquica al trauma, y de dolor que no cesa. Sumado a otros factores como el aislamiento social, la falta de familiares o amistades cercanos que asistan y sostengan, la carencia de los propios recursos mentales, etc. (Maldavsky D., Magraner B., Cantis J., García Grajera H., Rabino R., Vila I., Perez S., Scilletta, 2015).

Analizando el discurso materno se puede articular, en primer lugar, la autolástima descrita por Cantis (2002), como la identificación con el desvalido que la lleva a buscar que los compadezcan como al hijo. La lástima al mismo se transforma en autolástima. La misma está relacionada con la autocomplacencia en el lamento, que implica despertar pena en el otro. Se advierte, la dificultad de su madre por desgarrarse de ese lugar de autocomplacencia. El autor menciona que muchas veces encontramos sentimientos de vergüenza y envidia. Lo cual puede ser inferido en la entrevista de esa comparación que hace con los otros a quienes *les va en todo bien*.

Por otro lado observamos el lamento constante al modo de discurso catártico, que Maldavsky (1995) toma como una de las formas discursivas inherentes a los procesos tóxicos y traumáticos, en el cual no era tenida en cuenta como una interlocutora más bien, ella se descargaba, hablaba incluso encima de mí, denotando falta de empatía. De modo similar su hijo, durante las asambleas grupales no tenía en cuenta a sus compañeros como interlocutores, tampoco a mí cuando me reiteraba la misma pregunta varias veces, sin buscar mi respuesta al modo de su madre con el objetivo de expulsar, hablando por encima de los demás. Otras manifestaciones en el paciente tenían este objetivo como el lenguaje acelerado, las agitaciones motrices, acciones tendientes a una descarga de excesos de tensión. Las llamadas reiteradas de María a los

médicos de la institución ansiosa y angustiada por cualquier manifestación de enfermedad clínica del paciente por mínima que fuera, mantenían este carácter compulsivo y catártico.

Retomando a Freud (1920) decimos que el resto de *quantum* no inscripto retorna. Y este retorno estaría al servicio de la compulsión a la repetición, mediante la cual el aparato intentará la ligazón psíquica de las impresiones traumáticas.

Leemos en estas manifestaciones la fijación al trauma. El predominio de la descarga y la repetición de lo traumático. La cantidad aparece aquí como modo de retorno de lo no inscripto, de la imposibilidad de procesar el trauma psíquico. Se trata según Maldavsky (1995a) de magnitudes intramitables que no se enlazan a lo simbólico.

En cuanto a las defensas preminentes encontramos la desestimación del afecto. Defensa frente al sentir, donde no hay cualificación, se ha perdido el sujeto que lo siente (Cantis, 1994). Su tono monótono en el discurso, desganado, la falta de afectividad de María al hablar sobre su afección cardíaca, fue dicho en el mismo tono uniforme que lo anterior, como al pasar. No desarrolló sentimientos ni el matiz afectivo de éstos. El lamento en tono monocorde, sin expresión subjetiva daría cuenta de la desconexión con la realidad dolorosa, el predominio de lo inerte sobre lo vital. Por otra parte, Pedro impresiona en la entrevista como adherida a ella en una unidad indiscriminada, ambos inermes en una pasividad letárgica. En este sentido pensamos la muerte de Pedro al poco tiempo de su mujer.

Cantis (1994) hace referencia a la neurosis traumática individual propia del paciente con discapacidad. Señala perturbaciones en la propia economía pulsional, ante la cual el paciente se encuentra inerme, con la consecuente pérdida de la vitalidad interior. Nos interesa analizar en el presente trabajo cómo impactó en esta familia la presencia del hijo con discapacidad. En este sentido David Maldavsky (1995a), conceptualiza la neurosis traumática familiar en la que describe el reordenamiento de la economía pulsional familiar en casos, por ejemplo, del nacimiento de un hijo con una patología. Tendría habitualmente el punto de partida en la madre. Esta perturbación pulsional se extiende a todos los miembros de la familia. La unidad química corporal no se encuentra cerrada, diferenciada para el mundo. Habría entre los integrantes "*nexos intercorporales*", lo cual supone una unión química entre los cuerpos, los intercambios interpulsionales entre distintos somas, pone en cuestión el cuerpo cerrado. Es una lógica que homologa los cuerpos, hace de dos, uno. En palabras del autor: "*la afección de uno de sus integrantes se vuelve una fuente estimulante intrusiva para el conjunto*" (Maldavsky, 1995, p.245). Por tanto se organizan como una comunidad orgánica pulsional. Se da un contagio de manera automática donde queda por fuera el elemento cualitativo, no hay representación.

Cantis (1994) explica que se genera un cambio en el quimismo vital o pulsional (conjunto de fuerzas vivas), se daría un debilitamiento de la energía disponible, un agotamiento interior para hacer proyectos y para disfrutar de la vida. En estos padres la falta de vitalidad, el *no poder hacer nada más...* da testimonio de una falta de disponibilidad libidinal, derivado del apego al vínculo. Lo cual da cuenta de una relación entre los padres y el hijo con características de estrecha reciprocidad, de dependencia y sin límites. Se aíslan del mundo y prevalece la comunicación endogámica.

Podríamos pensar que en los integrantes de esta familia observamos intercambios químicos interpulsionales entre los distintos somas, el preinfarto de Pedro al poco tiempo de la noticia de la necesaria operación de María por la afección cardíaca y luego de su muerte el estado alterado de Carlos en forma automática, darían cuenta de esta lógica intercorporal.

De José solo sabíamos que había conformado su familia en Australia lejos del entorno de su familia de origen. Tal vez como tentativa de conformar su propia familia y proyectos vitales. Lo cual sería dificultoso e inviable dentro de esta economía familiar.

Maldavsky (1995a) menciona que lo que falla en estas familias es la imposibilidad de neutralización y la ligadura de la pulsión de muerte. La pulsión de destrucción desviadas del sí mismo y dirigidas hacia afuera por la mediación del eros y luego su domeñamiento (Freud,1923), ya no es posible debido a la perturbación económica generada por el trauma y la fijación a éste. En función de lo expuesto de neurosis traumática familiar se desprende la multiplicidad de manifestaciones somáticas (enfermedades cardíacas y de piel). La imposibilidad de ligadura de la pulsión, termina configurando su toxicidad en busca del retorno hacia lo inorgánico.

Vicisitudes en el vínculo temprano diada: madre/hija/o

La decisión de María de dejar a Carlos en el hogar para cuidar a su madre afectada de cáncer, la desliga de la interacción continua con su hijo y las demandas diarias de las cuales estaba agotada, pero lo reemplaza prolongando la modalidad vincular dependiente, se mantiene la diada madre/hijo/a en situación de desvalimiento. Podría pensarse en la vigencia del trauma, su repetición, retorno permanente de lo igual. También puede leerse como intento fallido de salida de una situación en la que no habría podido elaborar la separación de su hijo adulto.

La relación de María con su madre tendría sus vicisitudes en cuanto a la separación, siempre mantuvieron una relación muy estrecha. Recordamos el contexto de guerra, desamparo y peligro de muerte, en España durante la segunda guerra mundial, con el exilio del padre, durante los primeros nueve años de María. Nos

preguntamos por la incidencia de esta experiencia, su impacto traumático en el vínculo temprano madre/hija y sobre los avatares en la constitución de la subjetividad de la mamá de Carlos. ¿Cómo resuena en ella lo acontecido en su historia previa al momento del nacimiento de su hijo y diagnóstico posterior? Como indica Núñez (2015), la situación de crisis actual reactiva crisis previas no elaboradas, haciendo que se instrumenten los mismos recursos que entonces fracasaron.

Mannoni (2008) en "El niño retrasado y su madre" sostiene:

"Cada madre, ante la falta de señales de identificación con su niño enfermo, va a vivir su angustia en función de aquello que la ha marcado en su historia (...) según su propio estilo, un drama real que siempre hace eco de una experiencia vivida con anterioridad en el plano fantasmático y de la cual ha salido de algún modo marcada" (p. 23).

¿De qué manera hizo eco la historia infantil de María en los modos de vincularse con su hijo? Como menciona la autora citada: *"La historia del niño se escalona a través de varias generaciones, el nudo del drama existe ya en el nivel de los abuelos"*. (Mannoni, 2008, p.25).

Freud (1915) explica como en los primeros tiempos de la vida anímica se constituye el yo- realidad inicial. Se trata de un yo pre-psíquico en el que no hay inscripción de huellas mnémicas aún. Le atribuyó una función de diferenciación entre estímulos internos y externos a partir de un criterio, aquel estímulo del cual es imposible huir es tenido por interno, mientras que aquel posible de eliminar mediante la huida (acción muscular) es tenido por externo. Se adquiere así una primera orientación en el mundo. Por el desvalimiento propio con el que nace el ser humano es el otro que en función materna, mediante la identificación con el niño, podrá responder a las necesidades del mismo. Presta cuidados y asistencia con un aporte desde afuera. El yo real primitivo posee pocos recursos para tramitar los estímulos que pueden tornarse excesivos. Desarrolla posteriormente una coraza de protección antiestímulos Freud (1920), heredera de la función que inicialmente es cumplida por un ambiente empático que filtra. Luis Horstein (2002) en su trabajo con patologías del desvalimiento, señala que durante los primeros tiempos la madre es un escudo protector contra estímulos externos e internos. Para la génesis de los recursos no basta con la maduración se requiere una tarea de ligadura al cuidar y propiciar la identificación. En los primeros momentos de caos, es fundamental la disponibilidad del otro primordial que contiene, responde, organiza y significa el mundo, transforma la energía libre en ligada. Explica el autor como al ser internalizados por el niño estos aspectos contenedores, lo expondrán menos a la angustia traumática, al desvalimiento. El sentimiento de sí se da en este encuentro del bebé con la función materna, que suministra Eros (ligadura) ante cantidades arrasantes (internas o externas). El ser captado y sentido por otro le da al niño la posibilidad de sentirse, más adelante

de apropiarse de sus afectos, representar lo que le pasa. Esta tarea es cumplida por la madre en los inicios de desamparo e indefensión del mismo. El pasaje del quantum de energía a cualidad psíquica se daría gracias a la empatía materna en los primeros encuentros.

En la investigación de Kazez, Melloni y Maldavsky (2014), se puede apreciar el impacto generado en las madres al momento del diagnóstico inicial, las mismas refieren situaciones con sus hijos que los autores definen como desajuste vincular ya que el diagnóstico incide y rompe con la posibilidad empática materna. El impacto de lo traumático, a causa de la irrupción de la cantidad de estímulos intramitables, el yo se ve inundado. Se reactivan modos de funcionamiento pre- psíquicos, estado primitivo de desvalimiento. Momento de caos y desorganización donde priman los afectos automáticos, las cantidades que arrasan al sujeto. ¿Cómo podrá la madre asumir su función organizadora, responder a las exigencias pulsionales de su niño desvalido, en medio de esta perturbación económica ocasionada por el trauma?

Es probable que el aturdimiento de María por lo sucedido durante el parto y diagnóstico consiguiente, haya interferido la capacidad empática con su hijo desde los inicios. Como indica Blanca Núñez (2015) la perturbación precoz del niño por causa orgánica, no determina una relación directa con las dificultades en la interacción temprana. No obstante menciona que hay un riesgo mayor, potencial, de que se den modalidades vinculares disfuncionales, cuando el hijo tiene un déficit. Si bien no determinista ya que es necesario tener en cuenta la subjetividad de la madre en su conexión con el hijo. Es decir, la constitución del psiquismo incluye necesariamente la intersubjetividad. El vínculo temprano señala la autora, funciona como la matriz en la cual se va armando el psiquismo.

Podría pensarse que María arma una defensa con respecto a este hijo no esperado, al modo de reintroyectarlo, manteniendo una fusión simbiótica formando en ciertos momentos un solo cuerpo (¿al modo de su propia vivencia infantil?). Probablemente su atención y sobreprotección haya sido ansiosa y desmedida desde los inicios. Interfiriendo de esta manera en la constitución del sentimiento de sí, y consiguiente separación-individuación del mismo.

Encontramos a una madre que establece una relación muy estrecha con el hijo discapacitado a quien cría según la ley materna, el cual no es incorporado a una situación triangular. El hijo queda en el lugar de colmar a la madre, quien se ocupa de él de forma exclusiva. Esto se complementa con el déficit en la función de interdicción o corte de la diada madre-hijo por parte del padre, que queda adherido a su mujer sin propiciar la diferenciación.

En la clínica esto se manifestaba en Carlos, la dificultad para sentirse, en los episodios de agitación y excitación me buscaba para decirme *no sé qué me pasa*, se generaba un extrañamiento sobre sus propios

estados. El interés exclusivo y rígido por las salidas con sus padres, y su estado de extrema ansiedad al llegar el día, dan cuenta de esta dependencia vincular.

Reflexiones finales

Se hizo hincapié en el sentido económico del trauma en el psiquismo, generado por el impacto del diagnóstico del hijo. El desvalimiento vivenciado habría afectado y perturbado a María en la posibilidad de ejercer las funciones maternas en el vínculo temprano con su bebé.

Las observaciones comentadas a lo largo del trabajo darían cuenta del vínculo madre e hijo caracterizado por un nexo intercorporal donde no habría diferenciación de los organismos, lo cual obstaculizó el desarrollo de la subjetividad de Carlos desde los inicios de la vida anímica. Dado lo acontecido en el parto, las secuelas que dejó en el paciente y el impacto que esto tuvo en su familia, sobre todo en su madre en quien creemos se reactualizaron viejas grietas. En este sentido, entendemos que cada sujeto responde con su singularidad, según el momento que ocurre la vivencia traumática, según la resonancia que puede tener con su propia historia y que posición tome frente a la misma, entre otras variables.

La neurosis traumática familiar instalada, dada la fijación psíquica al trauma, la imposibilidad de elaboración con el correr de los años, y la preeminencia de la desestimación del afecto como mecanismo de defensa, generó a lo largo de los años, el consiguiente daño orgánico.

En el momento de vejez y enfermedad de ambos padres, fue tarea de la terapeuta contener, anticipar, apoyar y orientar. En este sentido se sugirió a los padres en algunos encuentros posteriores, con el apoyo del área de trabajo social de la institución, expliciten el supuesto que tenían sobre las responsabilidades de su hijo discapacitado recayeran en su hijo mayor, cuando ya ellos no pudieran hacerse cargo. Se alentó a que conversen con José sobre ello.

Se trabajó con el paciente el estado de su madre, la vejez y la enfermedad cardíaca. Así también (cuando fue confirmado) se le anticipó la llegada de José a la Argentina, su presencia fue fundamental para el paciente, resultó de sostén afectivo importante que lo ayudó a afrontar la pérdida de sus padres. De esta manera se intentó anticipar ciertas vivencias potencialmente traumáticas para generar ese pasaje de angustia automática (situación de desvalimiento) a angustia señal (como expectativa ante el peligro). Freud (1920) menciona el estado de apronte angustiado del aparato psíquico, se trata de la sobreinvestidura de los sistemas que reciben primero el estímulo, el cual constituye la última trinchera de la protección antiestímulo. El autor señala como este estado, incide en la posibilidad de dominio del estímulo. De hecho destaca el factor sorpresa como una de los rasgos de las neurosis traumáticas.

Pensamos como modo de trabajar lo irrepresentable del trauma y para su acceso a ser pensable tiene que haber otro disponible capaz de alojar psíquicamente, ayudar a construir sentido, orientar y contener. Sobre todo durante estos pasajes por los ciclos vitales, momentos críticos para los integrantes de la familia.

Bibliografía

- Cantis, J. G. (1994) "Tener un hermano discapacitado". *Revista Actualidad Psicológica* N°211.
- (2002). "Expresión de los afectos en las personas afásicas". *Subjetividad y procesos cognitivos*, 2, 71-81. UCES
- (2014). "Discapacidad y afección psicósomática. Desvalimiento combinado." *Desvalimiento Psicosocial*, 1(1). UCES.
- Freud, S. (1920g). Más allá del principio del placer, A. E., 18.
- (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. Obras completas AE. Vol. 14, Bs As.
- (1926) Psicoanálisis. Obras completas AE. Vol. 20, Bs. As.
- (1923) El Yo y el Ello. Obras completas AE. Vol.19, Bs As.
- Kabez, R.; Melloni, G.; Maldavsky, D. (2014) Estudio del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos luego de haber sido informadas acerca del diagnóstico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18 (1), UCES.
- Horstein, L. (2002) *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (2008) *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (1993) "Metapsicología de las Neurosis Traumáticas", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. no. 1, Buenos Aires, Argentina.
- (1995a) *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Maldavsky D., Magraner B., Cantis J., García Grigera H., Rabino R., Vila I., Perez S., Scilletta D. (2015) "La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo". *Revista de psicoanálisis y psicoterapia. Mentalización*.
- Núñez, B. (2003) "La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares." *Arch.argent.pediatr*, 101(2), 133-142
- (2015) *Familia y Discapacidad, de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar.

Fecha de recepción: 30 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 15 de diciembre de 2020