

El Enfoque Psicoanalítico de la Patología Psicosomática.

Juan Otero
Juan Rodado

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde sus orígenes, la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión anatomoclínica y otra que concibe la enfermedad como una reacción global de la persona (incluyendo su temperamento) y que, por tanto, tiene en cuenta los aspectos psicológicos. Esta última concepción holística y dinámica prefigura el acercamiento psicosomático moderno.

La importancia de los factores psicológicos en la enfermedad se han puesto de manifiesto a lo largo de la historia, si bien no aparecen “construidos” como etiopatogénicos hasta hace poco más de un siglo. Para Laín Entralgo (1) siempre hubo Medicina Psicosomática a lo largo de la historia, pero sólo en los últimos años Patología Psicosomática, que él sitúa con la creación del Psicoanálisis. Es decir el enfermo siempre fue visto como hombre enfermo, pero sólo desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar.

Barcia (2) señala cuatro momentos frustrados a lo largo de la historia de la medicina en los que la patología pudo ser psicosomática. Estos momentos fueron: la creación de la medicina fisiológica en Grecia.; la reelaboración de la medicina helénica por el cristianismo; la creación de la medicina moderna por Sydeham y la obra de autores fuertemente influidos por la Naturphilosophie.

Platón afirma que un error extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu. Esta postura la retomó y reelaboró el hilomorfismo de Aristóteles, según el cual, cuerpo y alma formarían una sola sustancia. Estas intuiciones de Platón y de Aristóteles hubieran podido desarrollar una patología psicosomática, pero los médicos griegos y entre ellos Galeno fueron fieles al craso naturalismo del Corpus hipocratium por lo que sólo pudieron ver la enfermedad como un desorden de la naturaleza, quedando las ideas de Platón y Aristóteles entre los filósofos.

El cristianismo amplió el concepto de hombre hacia la espiritualidad y la trascendencia. Laín Entralgo afirma que esta corriente introdujo la espiritualización de la filantropía, algo que se había iniciado ya con los médicos alejandrinos. Pero los médicos cristianos, educados en la medicina de Galeno, aunque ampliaron el modo de tratar al hombre enfermo, no supieron llegar a una patología psicosomática al seguir elaborando la patología desde el supuesto de la mera alteración corporal.

El tercer momento privilegiado pudo ser el cambio de la Episteme Aristotélica al conocimiento notativo de la Nueva Ciencia, tarea que se inicia en la Medicina con Sydeham. La clara distinción en la medicina medieval de una teoría y una práctica empezó a estar borrosa al ir preocupándose el médico cada vez más por indagar cual era la causa de la enfermedad, preocupación que se concreta a partir de la Nueva Ciencia. Ocurrió que el médico fue siendo cada vez más patólogo y ello modificó no sólo su preocupación por la práctica sino también el modo de entenderla. A partir de ese momento la anamnesis médica se centrará en la búsqueda de los signos de la enfermedad olvidando el lado psicológico, aunque solamente fuera como acto terapéutico. Cada vez más la terapéutica será una práctica sometida a la teoría científica.

Barcia dice que Sydeham si vio claramente el papel fundamental de la personalidad y de la biografía del enfermo entre las características de las enfermedades crónicas, sin embargo cuando trataba de explicarlas,

atendió únicamente a su vertiente física.

Finalmente el cuarto momento pudo estar en los planteamientos antropológicos de autores inspirados en la Naturphilosophie, que tomando ideas especulativas intentaron transformarlas en planteamientos científicos; movimiento que se conoció como Naturwiissenschaft. Aquí debe citarse a Christian August Heinroth que fue quien acuñó el término de psicósomático, a E. Von Feuchtersleben que en su *Dietética del Alma*, crea el término “totalidad psicofísica del hombre” y sobre todo a Carl Gustav Von Carus autor que elaboró la noción que más tarde retoma Freud con el nombre de inconsciente. Von Carus describe por vez primera el cuerpo entero del hombre como campo expresivo, siendo el alma fundamento de todas las manifestaciones vitales, algo “divino” que se despliega desde el “inconsciente”. No sólo fueron especulaciones antropológicas las que realizó Von Carus, sino que se esforzó por brindar un concepto psicósomático de salud y enfermedad que desarrollo en su obra *Psyche Entwinklunsgeschichte*. Su obra influyó en el posterior desarrollo de muchas ideas científicas, concretamente en el movimiento antropológico alemán centrado en la escuela de Heidelberg de Krehl. Dentro de éste, cabe destacar a Christian Friederich Nasse quien, junto con Jacobi, publicó un artículo sobre fundamentos de lo que ellos llaman medicina somatopsíquica. Aunque Nasse y Jacobi se manifestaron médicos somáticos, su medicina intentó tener un carácter integrador, en la que entraba en consideración el psiquismo del enfermo. Pero a pesar de lo holístico de estos planteamientos y de su intento de entender al hombre como realidad psicofísica, lo cierto es que estos autores alemanes no llegaron a elaborar una verdadera teoría etiopatogénica del enfermar somático desde planteamientos psicológicos.

Hay que esperar a la obra de Freud y a la creación del movimiento psicoanalítico para que se considere la importancia de los momentos biográficos del paciente y consecuentemente, que los factores psicológicos tomen la categoría de etiopatogénicos en el enfermar.

A lo largo de su historia el psicoanálisis, desde sus diferentes marcos teóricos explicativos, ha realizado valiosas aportaciones. Freud diferenció las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicósomática y lo psicósomático:

Un primer enfoque trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, entendiendo los mismos como parte de un universo simbólico, es decir, como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación. Este enfoque ha sido defendido por autores cercanos al pensamiento kleiniano que mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional). Un segundo enfoque trata de establecer la diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica, en la patología psicósomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido.

Los autores de la escuela de Chicago se encargaron inicialmente de apartar la atención del problema histérico conversivo (con disfuncionamiento en la musculatura de inervación voluntaria) y empezaron a centrarse en las alteraciones de los órganos del sistema vegetativo, verdaderas enfermedades psicósomáticas que equipararon con una serie de perfiles de personalidad y conflictos psicológicos específicos. El concepto de alexitimia surgió paralelo a las investigaciones que empezaron a realizarse con pacientes psicósomáticos aunque es aceptado que el síndrome alexitímico no es un equivalente de “lo psicósomático” sino que puede observarse en otras psicopatologías y en traumatismos pasajeros.

La Escuela Psicósomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicósomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicósomático que no están en el histérico.

El objetivo de este trabajo es hacer un recorrido panorámico de la teoría freudiana y de los desarrollos que surgieron posteriormente y que acabamos de mencionar de forma introductoria.

FREUD

Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicósomática, sin duda él fue su inspirador al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos (3-8). Esta idea se refleja desde sus primeros trabajos en citas como:

“Los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos”. “Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos”...“cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas” (1890. AE, 1, págs. 119-120).

“Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que llamaremos suma de excitación. En todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales y su empequeñecimiento por vías motrices” (1893. AE, 3, pág. 37).

En su “Proyecto de Psicología” (1895) buscó explicaciones neuroanatómicas y bioquímicas (somatofísicas) para los fenómenos psicológicos que observaba. Su propósito era equiparar los procesos psíquicos a estados cuantitativamente determinados de partículas materiales especificables. Sin embargo, su interés gradual por el análisis psicológico de los fenómenos ejerció una gran fascinación intelectual sobre él y “el neurólogo Freud fue sustituido por el psicólogo” (Strachey, AE, 14, pág. 158).

En “Estudios sobre la histeria” (1895), incluso antes de descubrir el significado simbólico de los síntomas en las pacientes histéricas, señala que los síntomas somáticos son el resultado de la transformación, de la conversión de una excitación endógena en una inervación somática. Lo expresa de la siguiente manera:

“la suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal” (AE, 2, pág. 133)... “consiguiéndose así que la representación insoportable queda expulsada de la conciencia del yo, la cual, acoge en su lugar, la reminiscencia somática nacida por la conversión, y padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias”.

En esa misma época, en la explicación de las neurosis actuales, Freud descubre genialmente cómo la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental. Esta sobreexcitación y la falla de los mecanismos mentales producen la descarga en el cuerpo a través de síntomas somáticos. Afirma que:

“Si se considera el mecanismo de las dos neurosis (refiriéndose a la conversión histérica y a la neurosis de angustia), se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, una insuficiencia psíquica a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales. Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)” (1895. AE, 3, pág. 114).

Actualmente, las interpretaciones del fenómeno de somatización prolongan las posiciones anteriores determinadas por el sistema freudiano (conversión histérica y neurosis de angustia). En particular, surgen dos grandes corrientes dentro del psicoanálisis para comprender la somatización:

Una primera corriente que intenta aplicar a la psicósomática el modelo de conversión histérica descrito por Freud. Se hace de la histeria el modelo de toda somatización, extendiendo a lo pregenital el proceso de conversión simbólica. Muchos de los autores que defienden esta idea están próximos a la teoría de las relaciones objetales y a la teoría kleiniana.

Una segunda corriente que intenta oponer las psiconeurosis a las neurosis actuales o, dicho de otro modo, el síntoma conversivo histérico al síntoma psicossomático, con el fin de vincular la psicossomática con una carencia real en la elaboración psíquica o simbólica. Representada por la escuela de Chicago y, posteriormente, por la escuela de París.

Nosotros hemos encontrado en la obra de algunos autores actuales un punto de equidistancia entre ambas posturas. Así, Joyce McDougall (9) partiendo de las observaciones de los psicossomatólogos de la escuela de París y compartiendo algunos conceptos con ellos (elabora el concepto de anti-analizado y también el de normopatía) señala que los síntomas psicossomáticos pueden depender de fantasías corporales extremadamente primarias. Forman parte de una histeria arcaica, tienen un sentido psicológico, pertenecen a un simbolismo preverbal y son una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse frente a angustias psicóticas. Jorge Ulnik (10) en un magnífico artículo realiza una revisión crítica de la obra de Pierre Marty y aun compartiendo algunos conceptos, habla de unos niveles de presimbolización en los pacientes psicossomáticos.

AUTORES QUE SOSTIENEN LA TEORÍA DE LA CONVERSIÓN HISTÉRICA

Desde esta posición teórica se aplica a la psicossomática el modelo de la conversión descrito por Freud en la histeria. Los fenómenos somáticos tendrían una significación inconsciente que se expresa simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. Para Chiozza (11), “la elección del órgano a través del cual se expresa un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación” (pág. 51).

Groddeck (12,13) fue un precursor de esta forma de buscar el sentido del síntoma psicossomático. Psicologiza lo orgánico, haciendo de la conversión histérica el arquetipo de toda somatización. Para este autor, toda enfermedad orgánica, sin excepción, es igualmente psíquica y el cuerpo simboliza a través de su ser mismo. La morfología ya es simbólica y los órganos son imágenes descifrables como un argumento onírico. Propone una verdadera anatomía fantástica paralela a la anatomía física; diferentes partes del cuerpo están consideradas como la encarnación de cualidades o de afectos.

Groddeck construye una extensa imaginación mental de los órganos y funciones corporales y de su alteración. Las enfermedades son un lenguaje y, como todo lenguaje, tiene una intencionalidad expresiva y demanda ser comprendido e interpretado (12):

“Un labio que no quiere besar, aun cuando el yo del hombre lo anhela, consigue hacerse una ampolla, ponerse malo, dar a conocer su opuesta voluntad de manera inequívoca y con probado éxito. Un pene puede protestar contra un coito ávidamente deseado por el yo de la totalidad dando lugar a un herpes en la superficie, o logra vengarse de ser violado por la prepotencia del instinto sexual dejándose contagiar de sífilis o gonorrea (1973, pág. 301)”.

Los autores de orientación kleiniana se inscriben en una línea próxima a la de Groddeck. Sus teorías se prestan muy bien a la interpretación simbólica de cualquier lesión somática (incluso de cualquier trastorno funcional o de cualquier síntoma hipocondríaco) por la utilización que hacen de conceptos tales como la formación del símbolo, la fantasía inconsciente, los procesos defensivos de introyección/proyección o el buen objeto/mal objeto.

Melanie Klein parte de que el bebé, pese a su total dependencia, tiene un desarrollo precoz de su psiquismo en los primeros meses de vida. El cuerpo y sus reacciones viscerales son los elementos fundamentales vivenciales que se van a ir traduciendo a vivencias psíquicas que, conjuntamente con los estímulos del medio, van a ir estructurando el aparato mental del bebé.

La teoría kleiniana sitúa la psicodinámica explicativa de la psicossomática en el inicio de la vida. Para Klein, a diferencia de Freud, existen fantasías pregenitales objetales desde el nacimiento que se representan simbólicamente. Esta idea puede resumirse de la siguiente manera:

“Una sensación somática fuerza el surgimiento de una experiencia psíquica que es interpretada como una relación con un objeto que desea causar esa sensación, y que es amado u odiado por el sujeto según

que el objeto tenga buenas o malas intenciones (es decir, según se trate de una experiencia placentera o displacentera). Entonces, una sensación somática displacentera obtendría su representación psíquica como una relación con un objeto malo que quiere perjudicar y dañar al sujeto” (14, pág. 56).

La opinión, con diferentes matices, de los autores de línea kleiniana es que existen fantasías inconscientes respecto a los sentimientos corporales (como pueden ser sentimientos de dolor, vacío, hambre, etc.) y que estas fantasías quedan ligadas principalmente al objeto materno (15,16). Así, por ejemplo, Garma (17) sostiene la tesis de que la úlcera “es el efecto de representaciones psíquicas agresivas digestivamente de madre internalizada mala” (pág. 280). Melita Sperling (18) ve los síntomas psicósomáticos como una defensa frente a impulsos sádicos pregenitales orales y anales responsables de enfermedades como la colitis ulcerosa o la anorexia nerviosa. Para Chiozza (1998), cada afecto tiene un trazo mnémico inconsciente que determina la cualidad de la descarga somática y en cada trastorno existe una fantasía inconsciente específica que tiene conexión con el lenguaje.

Hoy en día la justificación de la localización de una afección determinada constituye todavía un enigma. Aunque podría resultar demasiado simplificador entender la patología psicósomática únicamente al modo de una teoría de la conversión simbólica, no podemos excluir que, una simbolización incorporada secundariamente sobre los síntomas puede intervenir en su mantenimiento y evolución. Autores como Sami-Ali (19), Avila (20) o Biancoli (21) reivindican el trabajo de clásicos como Groddeck, invitando a redescubrir el significado simbólico de los problemas somáticos.

ESCUELA DE CHICAGO

La concepción freudiana de la neurosis actual fue retomada por Fenichel (22) que vio en ella, al igual que Freud, el resultado de un estancamiento de la energía libidinal, aunque atribuyó ese estancamiento a conflictos neuróticos que tenían el impacto de verdaderas experiencias traumáticas. En palabras de Fenichel: “La inhibición de la descarga resultante de un conflicto neurótico crea una condición que es idéntica a aquella creada por la influencia intensificada por un trauma” (pág. 310)

Para él “los afectos inconscientes” tiene una especial significación en la formación de los síntomas somáticos que acompañan a los estados de libido estancada. Tales afectos o “equivalentes afectivos” pierden su componente mental mientras que el componente fisiológico concomitante persiste.

Esta idea de Fenichel fue desarrollada posteriormente por Franz Alexander y por los psicoanalistas norteamericanos que, en 1930, forman la escuela de Chicago. Algunos de ellos son Dunbar, Deutsch, Weiss, English, Cobb y Grinker.

Este movimiento realizó las primeras investigaciones sistemáticas en este campo, partiendo de una transposición del fenómeno de la conversión al de la patología de los órganos (“neurosis de órgano”). La polémica inicial de si la conversión histérica sucede tan solo en el marco de actuación del sistema nervioso central o acontece además en el sistema vegetativo fue resuelta a favor de lo que defendía Alexander, es decir, que la musculatura de inervación voluntaria sería asiento de síntomas de conversión de tipo histérico mientras que el sistema visceral neurovegetativo sería la sede de las enfermedades psicósomáticas.

El grupo de Chicago promueve la desaparición progresiva del protagonismo de la conversión histérica. Las manifestaciones somáticas, así como la localización del órgano lesionado, no han de tener necesariamente una significación simbólica; el cuerpo, soporte de un mensaje cifrado en el síntoma conversivo histérico es, en el psicósomático, un desarreglo sobredeterminado de sus funciones.

Las alteraciones de los órganos vegetativos internos están condicionadas por tensiones emocionales en general; las inervaciones erróneas que actúan de forma crónica sobre este sistema generan enfermedades psicósomáticas. Desde esta perspectiva, se desarrollan los “perfiles psicósomáticos” específicos de ciertas enfermedades con lesiones anatómicas objetivables.

Dunbar es el principal representante de la teoría de la especificidad de la personalidad. Describe minuciosamente una serie de perfiles de personalidad que correlacionan, uno a uno, con trastornos psicósomáticos concretos (asma, úlcera, diabetes, enfermedad coronaria, etc.). Alexander (24,25)

propone siete enfermedades psicosomáticas (asma bronquial, hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis) estudiando el aspecto neurofisiológico de sus disfuncionamientos y, paralelamente, estableciendo los conflictos psicológicos (inconscientes) específicos de cada afección.

Alexander (24) distingue las afecciones causadas por una hiperactividad del sistema nervioso simpático (sistema implicado en las reacciones motrices de lucha o huida) y aquellas motivadas por una hiperactividad del sistema parasimpático (implicado en estados de reposo motor y de asimilación energética). Esta clasificación se corresponde con dos categorías de conflicto psicológico (la tendencia hostil agresiva y la búsqueda de dependencia); ejemplo de la primera sería la hipertensión y el hipertiroidismo y, de la segunda, la úlcera gastroduodenal y el asma. La disfunción aparece cuando las emociones no pueden expresarse normalmente y la energía permanece encerrada dentro del organismo de forma crónica.

Posteriormente, Alexander et al (25) afirman que el factor psicológico es un factor necesario pero no suficiente para la aparición de la enfermedad. Su etiología vendría dada por la conjunción de una serie de elementos: la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica característica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante. Resumen el problema de la especificidad de la siguiente forma:

1. Una teoría única no puede abarcar todos los trastornos psicosomáticos ya que algunos son de naturaleza puramente histérica, mientras que otros son concomitantes vegetativos de una tensión emocional crónica.

2. No obstante, la mayoría de los síndromes que forman parte del grupo que llamamos enfermedades psicosomáticas o neurosis vegetativas se asocian, a menudo, a ciertos tipos caracterológicos o constelaciones emocionales características.

3. En todos los casos se debe tener en cuenta la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado y la situación ambiental desencadenante.

LAS TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD NO ESTÁN EXENTAS DE LAS SIGUIENTES IMPORTANTES CRÍTICAS (26):

- En la teoría de la especificidad de la personalidad (Dunbar) existe una formulación tipológica. El individuo entra en un grupo en el cual se describen los rasgos dominantes del carácter pero la enfermedad no se aborda ni en sus mecanismos ni en su dinámica. Se elude la función de las emociones interiorizadas y de las bases afectivas de la organización de la personalidad (27-28).

- La teoría de la especificidad del conflicto (Alexander) no responde al carácter mixto e intercambiable de los trastornos psicosomáticos ni a la semejanza de los factores psicodinámicos en toda una serie de enfermedades funcionales no relacionadas entre sí. Se podrían aceptar factores de estrés psicógeno específicos para casos particulares de cualquier síndrome, pero inespecíficos para el propio síndrome, ya que un mismo sujeto puede no adoptar siempre el mismo canal de expresión, incluso ante un estrés parecido (23-25).

EL CONCEPTO ALEXITIMIA

Una de las importantes consecuencias de las observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicosomáticas clásicas fue la aparición del constructo alexitimia. Hemos visto que para teóricos del psicoanálisis como Alexander o Dunbar, cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático. A principios de los años cincuenta, Horney (29) informó de sus experiencias con un tipo de pacientes propensos a desarrollar síntomas psicosomáticos, que calificó como difíciles al abordaje psicoanalítico por su falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

Ruesch (30) caracterizó un tipo de personalidad psicósomática, describiendo a estos sujetos como personas con una detención en el desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias; algo que les expone repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

McLean (31), apoyándose en un modelo anatómico lo explicó desde el punto de vista neurofisiológico afirmando que las emociones, en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traduciéndose en un tipo de “lenguaje de órganos”.

Todas estas observaciones y conceptualizaciones que acabamos de mencionar, y que parten, principalmente, de un esquema referencial psicoanalítico, se empiezan a investigar sistemáticamente cuando Nemiah y Sifneos (32) examinan veintiuna entrevistas transcritas con pacientes psicósomáticos en las cuales, se les estimulaba para la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados de sus estudios confirman que, a diferencia de los pacientes psiconeuróticos, muchos pacientes (dieciséis) somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior. Nemiah y Sifneos, al igual que harán en Francia Marty y M’Uzan (aunque como veremos en el siguiente apartado, éstos introdujeron el término pensamiento operatorio para designar este tipo de funcionamiento), proponen un modelo de déficit estructural para comprender este estilo psicológico y los procesos psicósomáticos. Sifneos (33) acuñó el término griego alexitimia (que significa etimológicamente “sin palabras para los sentimientos”) para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta. Aunque este autor no creó un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organizó en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicósomáticos.

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales (34, 35, 36). Taylor y cols (37), basándose en otras revisiones (38, 39, 40), resumen las características alexitímicas más sobresalientes:

- 1.-Dificultad en identificar y describir sentimientos.
- 2.-Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
- 3.-Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
- 4.-Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Estas características de la presentación clínica han sido subrayadas repetidamente hasta la actualidad por numerosos investigadores de diferentes orientaciones con sorprendente unanimidad de criterios.

Freyberger (41) introdujo el término alexitimia secundaria a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, en trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante sus procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos (42). En general podríamos decir que sufren un deterioro temporal en sus funciones cognitivas y afectivas. Este fenómeno ha sido observado igualmente en otros pacientes con enfermedades físicas (43-45). Este funcionamiento obedece a un factor de protección contra el significado emocional de la grave enfermedad, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se confronta así a esta experiencia. Krystal (46, 47), autor superviviente que ha dedicado su vida profesional a las víctimas de la persecución nazi afirma que, gracias al mecanismo de la alexitimia secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de sus opresores. En este sentido creemos interesante añadir el

testimonio personal de uno de nosotros dos:

“Esta misma congelación emocional, la pude comprobar personalmente en muchos de los supervivientes del atentado al World Trade Center en Nueva York en el año 2001 a quienes atendí y también en mí mismo en la parte contratransferencial. El trabajo diario en una nave donde llegaban los supervivientes y familiares de las víctimas, durante 3 meses, alrededor de 8 horas diarias, 3 veces por semana escuchando los terribles testimonios me hacía somatizar la experiencia; cuando iba hacia allí cada mañana me invadía una sensación de pesadumbre y cansancio físico, saliendo de allí con dolor de espalda. Muchas de estas personas contaban los hechos con un extraño distanciamiento producto de las operaciones psíquicas defensivas contra un desbordamiento” (Otero, 2001).

Volviendo a la distinción de Freyberger, los dos tipos de alexitimia se distinguirían en que: la alexitimia primaria es el resultado del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitiva-afectiva, mientras que la alexitimia secundaria es una reacción transitoria específica que acompaña o permanece tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo importante o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto, que puede desaparecer cuando la situación remite (alexitimia secundaria aguda) o puede ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o cuyo traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico (alexitimia secundaria crónica)(42).

Para los autores que defienden esta distinción, la alexitimia no es un fenómeno de todo o nada, sino que todo el mundo puede tener posibilidades de cambiar a veces a un estilo comunicativo menos simbólico (50-53). Cualquiera persona podría reaccionar en determinadas situaciones de un modo alexitímico o convertirse en alexitímico tras experiencias de extrema tensión. Sin embargo, algunos individuos lo manifiestan como una característica predominante y otros como una manifestación pasajera.

Aunque los dos tipos de alexitimia pueden ser clínicamente indistinguibles, las historias biográficas de quienes lo padecen (con sus acontecimientos recientes y remotos) podrían ayudar a diferenciarlas. Esta división puede colaborar para resolver el debate de si la alexitimia representa una modalidad defensiva necesaria para afrontar las situaciones de conflicto o es el resultado de un déficit estructural interno (Otero, 1999).

Para el autor que escribe (48) (Otero, 1999) es difícil evaluar el grado alexitímico en determinados síndromes psicopatológicos o en pacientes somáticamente enfermos. Lo más probable es que estos pacientes presenten solamente algunas de las características (por ejemplo, dificultad para hablar de sus sentimientos) pero no otras (por ejemplo ausencia de fantasía). Identificar estos pacientes como alexitímicos ¿no es extender demasiado el concepto en un intento de ampliar su aplicación? Y ¿sería lícito llamar alexitimia (secundaria) a un tipo de funcionamiento afectivo-cognitivo que sólo cumple alguna de las características propias del síndrome? ¿Tendríamos que admitir dos nombres iguales (alexitimia) con apellidos diferentes (primaria o secundaria) para describir dos estilos de comunicación de manifestaciones clínicas similares pero con trasfondos muy dispares?

Si admitimos esta diferenciación entre alexitimia primaria como un fenómeno de déficit estructural y alexitimia secundaria como un mecanismo de defensa transitorio potencialmente reversible ayudaremos a conciliar mejor las propuestas desde los diferentes enfoques teóricos.

Si, por el contrario, pretendemos que la alexitimia tenga una cualidad de defecto estructural, habremos de afinar respecto a lo que debe o no considerarse como un comportamiento alexitímico; en este caso sería preciso que la alexitimia fuera distinguida en su diagnóstico: de los mecanismos de represión neuróticos, que pueden dar lugar a un exceso de represión-inhibición de la fantasía.

- del tipo de insensibilidad psíquica que puede desarrollarse como consecuencia de un proceso activo motivado por un trauma psíquico desorganizador.

- del tipo de pensamiento primario encontrado en personas de bajo nivel intelectual o en culturas marginales y poco desarrolladas cognitivamente.

- del tipo de cognición y afecto característico de otros síndromes psicopatológicos u orgánicos, que podrían tener ciertas semejanzas con el síndrome alexitímico.

El concepto de alexitimia y el concepto pensamiento operatorio (que veremos en el siguiente apartado) pueden considerarse equivalentes. Quizás, los franceses enfatizan más el aspecto fantasmático y Sifneos recalca la vertiente emocional; pero unos y otros enuncian los mismos componentes del síndrome.

Sin embargo, la unanimidad de criterios termina cuando hablamos de la etiología (Otero, 2000); aquí nos encontramos distintas propuestas difíciles de compatibilizar. Siguiendo con la comparación anterior, la diferencia fundamental entre alexitimia y pensamiento operatorio es que, describiendo lo mismo, son dos conceptos pensados desde marcos teóricos diferentes que plantean distintas etiopatogenias. Mientras que el concepto pensamiento operatorio se liga indisolublemente a trastorno profundo de la personalidad (estructura de personalidad psicósomática), el concepto alexitimia suele presentarse con su valor descriptivo, teniendo su valor etiológico un menor compromiso con una determinada escuela y con una determinada patología, bien sea somática, psíquica o psicósomática. Es un concepto bien aceptado desde cualquier ángulo de la psicología y de la psiquiatría y tiene la ventaja de poder servir de puente entre teorías, con lo cual abre más la posibilidad de debate (49).

ESCUELA PSICOSOMÁTICA DE PARÍS

Aunque no fue hasta 1960 cuando se empezó a publicar en Francia la “Revue de Medicine Psychosomatique”, ya desde 1947, algunos psicoanalistas de París publicaban artículos relacionados con la psicósomática.

La escuela de París, con P. Marty, M. Fain, M. de M’Uzan y C. David como principales representantes (54-63), intenta elaborar una teoría unitaria de la organización psicósomática, en la que subrayan la no especificidad de las situaciones conflictivas que se encuentran en el desencadenamiento de afecciones psicósomáticas. Defienden que, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones de la personalidad (neurosis, perversión y psicosis), en los psicósomáticos existe un conjunto de características comunes que conforman una verdadera estructura de personalidad psicósomática.

Establecen una clara separación entre síntomas conversivos y psicósomáticos; en palabras de Racamier: “para el histérico el cuerpo es un instrumento, para el psicósomático es una víctima; el primero habla con su carne, el segundo sufre en la carne”. Rehúsan encontrar un sentido simbólico en los síntomas psicósomáticos, ya que, según M’Uzan, “el síntoma psicósomático es tonto” (citas tomadas de Kreisler, 60).

Tanto Marty como M’Uzan y David mantienen el supuesto básico de que los sucesos y situaciones que se nos presentan tocan nuestra afectividad y desencadenan una serie de excitaciones a las que debe darse una salida adecuada. Una buena parte de este trabajo pertenece a la elaboración mental, siempre y cuando el individuo esté dotado de un buen soporte para la mentalización.

El proceso de mentalización se construye gracias a que las representaciones de cosas (que tienen una calidad sensorio-perceptiva), a través del proceso simbólico, se van organizando progresivamente en representación de palabras (62). Estas permiten el acceso a la fantasía, la producción onírica o los procesos de reflexión interna.

Si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaborada e integrada por las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal (63). En otras palabras:

“Todo sucede como si el cuerpo fuera el depositario de los fenómenos pulsionales desatados, como si las pulsiones, privadas de la posibilidad de ser metabolizadas en una expresión mental, emprendieran la vía subterránea de los órganos” (60, pág. 22).

P. Marty propone una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales, circunscribiendo el eje organización/desorganización. Así para él las enfermedades somáticas se conciben como desorganización, concibiendo su sintomatología como negativa (ausencia de síntomas en el sentido clásico, es decir, en el plano mental), mientras que las enfermedades mentales clásicas (las psiconeurosis) serán concebidas como enfermedades con sintomatología positiva, en orden al privilegio que la jerarquización

por él establecida concede a las funciones mentales.

Su hipótesis es la de una construcción incompleta del aparato psíquico en los enfermos somáticos, que él considera diferente de la construcción y del funcionamiento de los neuróticos mentales. Alude a conceptos como “pensamiento operatorio” “depresión esencial” y “desorganización progresiva”, propios de ese funcionamiento de los pacientes con enfermedades somáticas, que él inscribe dentro de una “personalidad psicósomática”.

Con el nombre de pensamiento operatorio hace referencia a una disminución del pensar pensamientos en beneficio de la importancia que cobran los comportamientos, acentuándose la noción de carencia de representaciones y su pobreza afectiva. Llega a hablar de “vida operatoria” como una noción que, en sus propias palabras, “reemplaza relativamente al pensamiento operatorio para tener en cuenta mejor la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos”.

La depresión esencial implica un cierto estado crónico de desestabilización psíquica, con una disminución general del tono psíquico, característico de una depresión, como una falta de vida fantasmática y de su procesamiento. Sería consecuencia de sucesos traumáticos que han desbordado la capacidad elaborativa.

Con la desorganización progresiva se estaría aludiendo al efecto desorganizador de lo traumático, una suerte de pérdida de una jerarquía funcional de los sistemas psíquicos.

De esta forma, con la existencia de una mala organización general de fondo y con un punto de partida de tipo depresivo esencial, las desorganizaciones toman una marcha progresiva y de proporciones peligrosas para la vida del sujeto.

Establece una economía psicósomática tomando el preconscious como un “punto central” y destacando que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tendrá la patología eventual de situarse en un plano mental. En cambio, cuanto menos rico sea en ellas y en las relaciones y permanencia de las mismas, la patología correrá un mayor riesgo de situarse en el plano somático. Esto es así porque el preconscious es concebido como la herramienta fundamental del aparato mental para protegerse de la cantidad de excitaciones y estímulos tanto instintivos como exteriores.

Así, la diferenciación que Marty establece entre el aparato mental de los neuróticos (entendiendo por tal a los sujetos con psiconeurosis o neurosis mentales) del de los enfermos psicósomáticos es una cuestión básica de su teoría. A su vez, dentro de las diferentes categorías neuróticas distingue entre: neurosis mentales, neurosis de comportamiento y neurosis de carácter.

Resumiendo y en palabras del propio P. Marty “las desorganizaciones se traducen en primer lugar, en síntomas patológicos mentales con sintomatología positiva. Cuando estos sistemas patológicos no se pueden utilizar o se agotan, sobreviene la depresión esencial y la vida operatoria que también presentan un aspecto patológico mental, aunque con un diagnóstico más sutil ya que, en esencia, la sintomatología consiste en fallas funcionales. La desorganización continúa, debiéndose enfrentar a la patología somática”.

Todas estas anomalías en el funcionamiento mental dan lugar a una serie de características que constituyen la “personalidad psicósomática”. Vamos a citar algunas de las que se han señalado repetidamente:

1. Apariencia de normalidad psíquica. Tienen una hiperadaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas.

2. Pensamiento operatorio. Es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos.

3. Relaciones objetales carentes de afecto. Su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. El psicósomático es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos.

4. Incapacidad de soñar. Entre las funciones del sueño podemos señalar la liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. Pues bien, en

estos sujetos, dada la desvinculación abismal respecto a su inconsciente (por la ausencia de preconsciente), no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio.

5. Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas.

ELABORACIONES DE AUTORES CONTEMPORÁNEOS

En parte de acuerdo con los conceptos propuestos por la escuela de París, Joyce McDougall, basándose en la experiencia clínica con sus analizados, añade algunas consideraciones que distinguen su pensamiento del de los anteriores. Dice textualmente:

“Las observaciones de los psicosomatólogos sobre el pensamiento operatorio y la alexitimia me parecieron, sin duda, acertadas. Pero había comprobado, al menos en mis propios pacientes, que estos fenómenos cumplían ante todo una función defensiva, remontándonos a una fase del desarrollo donde la distinción entre el sujeto y el objeto aún no es estable y puede crear angustia” (9, pág. 36).

McDougall partiendo de las investigaciones de Engel (64), quien expuso en 1962 que los fenómenos psicossomáticos pueden evitarse cuando una organización neurótica sirve como “escudo” contra la somatización, elabora el concepto de anti-analizado y de normopatía. Toma también para ello el concepto de Winnicott de falso self. “Les llamé normópatas y observé al mismo tiempo que manifestaban todas las características de lo que Winnicott llamó falso self. Me parecía que este falso self debía servir, como indica Winnicott, para proteger al verdadero self que de otro modo no hubiera quizá sobrevivido” (9 pág. 39).

Para Joyce McDougall el fracaso de las defensas habituales frente al desamparo psíquico, hará que la persona “somatice” el dolor mental. Habla de una “histeria arcaica”, donde las angustias no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.

Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, éste se ve frenado en su intento de construir, lentamente en su interior, la representación de un entorno maternizante que le proteja y le consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta “madre interna”. La disfunción psicossomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Este tipo de mensajes son enviados por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente. De este modo, en tanto forman parte de la histeria arcaica, estos fenómenos dotados de un sentido psicológico pertenecen a un orden simbólico y son una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse contra angustias que serían quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia.

Esa misma idea es la que mantiene Samir Stephanos (65) analista alemán quien postula la existencia de una relación “patológicamente estrecha” tanto del bebé con su madre como con su “único objeto interno” durante el periodo de triangulación. Esa relación exclusiva y la ausencia de un objeto transicional pueden conducir, bajo el impacto de un severo trauma emocional, a “la retirada de los objetos internos” y a una deslibidinización del aparato psíquico.

Se produce lo que Winnicott (66) explica como una escisión de la psique frente al soma que es un fenómeno movlizado por angustias arcaicas que operan en una organización defensiva del individuo.

Esa relación intensamente estrecha (enunciada por McDougall con su título “Una mente para dos”) contribuiría a la dificultad para crear el objeto transicional. En este sentido Frances Tustin (citado por Hartocollis, 67) sugiere que el uso persistente de “objetos autísticos” como son partes del cuerpo del propio bebé (los dedos, la lengua...) o partes del cuerpo de la madre (el pelo...) crea dificultades y evita el desarrollo de símbolos, fantasías y la capacidad de jugar predisponiendo a enfermedades psicossomáticas.

La pérdida de la función onírica, por no hablar de otras, impide descargar la tensión por la satisfacción alucinatoria. La psique se ve entonces forzada a emitir, regresivamente, señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas, para salvar al yo de una muerte psíquica. De esta manera se corre el riesgo de que

las descargas tomen el camino más corto, el más cercano a lo fisiológico. La psique evacua sus tensiones sin palabras.

McDougall acuña el término “desafectación”. Ni la angustia ni toda la gama de afectos sirven como señales que permitan al sujeto comunicarse consigo mismo. Normalmente se sienten condenados a vivir en un vacío afectivo. Señala textualmente:

“Lo que puede decirse de esta prisión es que el sujeto se encuentra protegido, y que sobrevive. Este prisionero corre el riesgo de mirar a los demás, a los de fuera, pensando que se comportan de forma incomprensible e irrazonable. Puede suceder también que diga que los demás se equivocan, que no se atreven a mirar la realidad de frente” (9, pág. 110).

La siguiente viñeta clínica puede dar cuenta de estos desarrollos:

J. es una estudiante universitaria que se encuentra en análisis por dependencia y abuso de alcohol. Desde los 21 años sufre además brotes periódicos de psoriasis. Durante el primer mes de tratamiento relata el siguiente sueño: “Soñé que vivía en un robot. Era un robot grande y yo estaba en la cabeza, sentada en una mesa controlando los mandos. Luego me iba a otras partes de su interior. Yo me encontraba de puta madre dentro de él y podía ver a todo el mundo fuera”. El tratamiento con J. ha pasado por diversas vicisitudes de abandono en momentos donde han aparecido sentimientos de angustia ante la cercanía de la transferencia y sobre todo ante la toma de consciencia vivencial de mi presencia como analista. Durante los primeros años J relataba los acontecimientos que le sucedían como una observadora pasiva y al señalárselo, decía: “es verdad, cuento las cosas como si no fueran mías, y creo que lo que ocurre es que no sé si siento o no; yo no sé si es normal no sentir nada o estar como si todo me diese igual. En las distancias cortas me manejo mal, me pongo nerviosa, no sé lo que quiero yo ni los otros”.

El sueño de J. da un reflejo de la construcción que realiza de ella misma, protegida en una coraza caracterial y “normótica” (representada por ese robot en el cual ella vive) y cómo desde ella se relaciona con los demás. A lo largo del tratamiento, se ha puesto de manifiesto el temor de J. al acercamiento tanto a sus vivencias emocionales como a las mías, temor que remeda un terror fusional en donde ella y el otro pueden confundirse, y donde no está claro el deseo del otro ni el suyo propio. Al mismo tiempo aparece la escasa capacidad que ha tenido J. para ocuparse de ella misma y poder contenerse en momentos de angustia, momentos en los que ha aparecido el brote de psoriasis o la conducta de consumo compulsivo de alcohol. Tras varios años de tratamiento J. se encuentra algo mejor, ha podido incorporar en parte una imago maternizante buena que puede ocuparse de ella y contenerla en momentos de angustia. En una de las sesiones comentó con respecto a la madre: “a veces entre mi madre y yo hubo una relación de afecto, lo típico madre e hija, pero además yo tenía otras relaciones, otra parte de mi vida como es lógico y mi madre a veces eso lo confundía”

La coraza o caparazón del normópata, que se correspondería con lo que Marty llama neurosis de comportamiento, aparece también en la obra de Bollas (68). Este autor señala que el normótico, en lugar de experimentar tristeza, se decae. Para él, la vida se define por la acción y, por tanto, las depresiones o los estados de angustia no se presentan en una forma mentalmente elaborada. Dice textualmente:

“La presencia en la literatura y en el cine contemporáneos del humano que resulta ser un robot constituye un reconocimiento de este tipo de personalidad que emerge en nuestra cultura. Estas representaciones, más que descriptivas del futuro de los robots, son pronósticos precisos de una perturbación de personalidad que ya está entre nosotros” (68, pág. 172).

Tomando esta concepción del “carácter normopático”, el autor argentino Roberto Fernández (69) pone de manifiesto la relación que existe entre reacción psicósomática y narcisismo. Analiza las distintas manifestaciones de esa estructura de carácter en distintos autores (Piera Aulagnier con el tema de “la sombra hablada”, Winnicott y el “falso self”, Jose Bleger y su “nucleo aglutinado”, Helene Deutsch y “las personalidades como si”, David Liberman y “la personalidad sobreadaptada”, Piere Marty y “el pensamiento operatorio” y las consideraciones de Sami Ali) encontrando en propias palabras:

“Que todos estos aportes parecen girar en torno a la comprensión de un tipo de retiro de investidura

libidinal narcisista, una reacción ante una vivencia de pérdida” (69, pág. 45).

Para este autor en la enfermedad psicosomática esta comprometida la función y la organización del narcisismo que sostiene al sujeto.

Otro autor argentino, Jorge Ulnik (10, 70), quien ha realizado una magnífica revisión crítica de la obra de Marty, coincide con estas aseveraciones de Roberto Fernández con respecto al compromiso del narcisismo en la enfermedad psicosomática.

Ulnik al hablar de enfermedades psicosomáticas entiende que se pueden dar en todo tipo de pacientes y estructuras psíquicas, señalando lo siguiente:

“Me interesa aclarar que me refiero a modos de funcionamiento activables en determinados momentos, en pacientes que en otros momentos pueden funcionar de otra manera” (70, pág. 18)

Habla de una falla en la función del narcisismo. Así dice:

“Cuando el paciente funciona con fallas de identidad, tenderá a privilegiar lo imaginario sobre lo simbólico y a erigir dentro de sí ideales normativos (el debe ser) que le permitirán preservar precariamente. En el cumplimiento de esos ideales, un narcisismo apenas constituido. La intención fallida de sostener ese ideal se exteriorizará como una constante necesidad de padecer” (70, pág. 18).

Encontramos un punto en común con Marty cuando éste habla del yo ideal: “el yo ideal es testimonio de un estado sin matices de exigencia del sujeto con respecto de él mismo, sin posibilidades de adaptación a las circunstancias exteriores que no sean las de una realidad operatoria [...] al representar un “todo” de invulnerabilidad o “nada” y puesto que el fracaso ante la realidad es vivido como una herida narcisista y no como una culpabilidad negociable, el yo ideal resulta eminentemente mortífero” (63, pág. 60).

Ulnik afirma que el paciente psicosomático, para procesar los estados afectivos a merced de los que se encuentra y que implican una vacilación como sujeto, intentará recuperar su identidad, su contacto con el mundo y su equilibrio psíquico, tratando a los afectos como si fueran palabras, produciendo como resultado una desorganización de su funcionamiento corporal.

Señala que en algunos pacientes con enfermedad somática, al igual que en las psicosis, el intento de relocalización de la libido en los objetos perdidos, se intenta hacer desde un nivel distinto que el de las investiduras primarias, pero a diferencia de la psicosis, dicho nivel no es el de las representaciones palabra. En estos casos la enfermedad somática parece ser el intento de restitución o reconexión con el mundo a partir de la producción de descargas afectivas cuyo desarrollo ha sido impedido. El paciente somático trata a los afectos como si fueran representaciones cosa, en el sentido de someterlos a procesos de condensación y desplazamiento para los cuales no son aptos. El resultado es la desorganización del afecto y su descarga sin inhibición. Los distintos componentes “secretores y vasomotores” del afecto aparecerán en la conciencia desligados de sus representaciones, funcionando desordenadamente y produciendo daños corporales que configuren enfermedades somáticas.

Señala también que en muchos pacientes, la identidad y a veces la inserción social se reconquista a través de una enfermedad somática. Un ejemplo de esto lo podemos representar con la siguiente viñeta clínica: A. es una paciente hospitalizada por un linfoma y nos consultan desde el servicio de hematología porque se muestra muy nerviosa y con sentimientos depresivos. Al verla la encontramos inquieta, relatando su cansancio por estar en el hospital y tener que soportar la situación de enfermedad. Se muestra dicharachera con nosotros, relatando todo el periodo de la enfermedad de forma muy expresiva y con frases que aluden a sorpresa y que hablan de un acontecimiento inesperado “quien me lo iba a decir a mí, a mi edad que me ocurriese esto”. Nos cuenta que todo comenzó con un dolor en la barriga que los médicos no dieron importancia y se señala la barriga volviendo a repetir lo mismo. Tras unos análisis le encontraron una alteración hematológica que después de varios estudios resultó ser una leucemia. Se toca constantemente la barriga y nos habla de los dolores y del sufrimiento que ha pasado hasta ahora. Repentinamente tenemos la fantasía de que la mujer parece estar hablando de un embarazo más que de un cáncer. Es extraño que señale el suceso como extraordinario e inesperado a su edad, máxime cuando en la entrevista nos enteramos por su relato que su madre tuvo un cáncer más o menos a la edad que tiene ella ahora; además su postura (recostada

en el sillón y con las manos en la barriga) parecía la de una embarazada. Lo que resultó más interesante es que tras esta primera visita y nuestro intercambio de opiniones con los hematólogos encontramos otra historia de la paciente que ésta no nos había relatado. Se trata de una paciente que ha sufrido somatizaciones gran parte de su vida (entre otras una gastritis crónica) y que continuamente realizaba demandas de atención con sus quejas y dolores. Los familiares cansados de estas demandas últimamente no prestaban atención a sus llamadas de atención, restándole la mayoría de las veces el “estatus de autenticidad orgánica”. Pensamos que con la leucemia la paciente ha encontrado esa identidad de enferma que se le había negado. Curioso resultó también el momento de aparición de los síntomas, pues fue meses después de la boda del último hijo soltero que quedaba en la casa. En una segunda entrevista la paciente, al relatarnos su estado y las enfermedades que ha padecido, se expresa de la siguiente forma: “ahora me encuentro con que me ocurren estas cosas y es que yo creo que los he querido todos para mí”; al decir esto se coge de nuevo la barriga. Al preguntarle por la frase nos dice que se refiere a las enfermedades. La leucemia, una enfermedad con un peso orgánico innegable brinda aquí la oportunidad de una identidad “como enferma auténtica”. Hay una utilización psíquica de la enfermedad a los fines de una identidad buscada.

Ulnik discrepa con la idea de la escuela de París sobre la ausencia de simbolización en estas enfermedades, si bien no abraza totalmente las concepciones de Groddeck y Chiozza tal y como las hemos desarrollado aquí. Para él habría un nivel diferente de simbolización en las enfermedades somáticas. Para desarrollar estas ideas recoge las concepciones de Freud que aparecen en “Proyecto de Psicología” (5).

En este trabajo Freud hace patente cómo es el encuentro con el otro, y con lo que del otro no es idéntico, lo que hace surgir el displacer y pone en marcha en un momento dado los procesos de pensamiento para buscar la identidad y por tanto poder tramitar el displacer.

Freud dice que esos procesos de pensamiento ofrecen dos puntos de contacto con la expresión verbal, mediante el lenguaje: el grito por un lado, y aquellos objetos que por sí emiten sonidos, es decir en cuyo complejo perceptivo interviene también un sonido y que serán aprehendidos por la tendencia imitativa que surge en el curso del proceso de juicio (esto explica la cascada de sonidos que emite el niño en presencia del lenguaje de la madre). Esta actividad que denomina “comprender” está puesta al servicio de re-conocer al otro.

En este proceso de reconocimiento se pone en marcha primero el pensamiento judicativo, que es el que preparará posteriormente las vías de facilitación al pensamiento reproductivo. ¿Qué es lo que hace ese pensamiento judicativo?

Mientras que el pensamiento reproductivo se guía por la diferencia, el pensamiento judicativo se guía por la semejanza a través de un proceso de descomposición. Toma un semejante y lo descompone en lo que es constante y lo que es variable, tratando así de entender al otro llevándolo a lo propio. Se trata de un tipo de pensamiento más primitivo, es decir, toma la imagen del otro y la compara con catexias corporales. En definitiva, se trata de reconducir la percepción del otro a algo propio. Este tipo de pensamiento anticipa el pensamiento reproductivo, y es necesario que se dé, resaltando Freud la importancia de las experiencias somáticas del propio sujeto.

Puede verse, por tanto, la ubicación del cuerpo y de las sensaciones somáticas como antecedentes inmediatos y necesarios a otro tipo de pensamiento, el pensamiento reproductivo que, como se ha dicho, persigue una identidad con una catexia psíquica. Ulnik señala la utilización de este tipo de pensamiento judicativo, como la principal forma de pensamiento en los pacientes psicósomáticos. Sería una primera forma de simbolización, porque una catexia corporal representa o simboliza al “otro” y se utilizaría mientras no se haya alcanzado otro tipo de pensamiento, como es el pensamiento reproductivo.

Como afirma J. McDougall (9) en su concepto de Histeria arcaica, aquí las angustias que se ponen en juego no son angustias de castración sino de existencia. Al producirse un conflicto en el que lo que está en juego es la identidad subjetiva, aparece todo un movimiento regresivo en el psiquismo volviéndose a utilizar un tipo de pensamiento más primitivo (el pensamiento judicativo). En este tipo de pensamiento una parte del propio cuerpo representa a otra persona con lo que queda a salvo la identidad de uno mismo, teniendo como consecuencia la falta de un espacio psíquico interno y su reemplazo por el de la realidad externa y el

del propio cuerpo que forma parte de dicha realidad. Esto da lugar a que entre el fenómeno somático y la realidad exista una proximidad mayor si cabe que la que se encuentra en la Histeria.

Veamos una viñeta clínica que apuntaría en este sentido: C. es una mujer hospitalizada por un cáncer de esófago en fase avanzada. Nos consultan por su estado de inquietud actual. No puede dormir bien y se encuentra muy intranquila. Cuando vamos a verla la encontramos encamada con los ojos cerrados y muy nerviosa. Habla suspirando y emite gestos que transmiten la sensación de espasmos y falta de aire (nos parece el final de un llanto espasmódico). Comenta lo terriblemente cansada que se siente en el hospital. Todo su discurso está lleno de vocablos mecánicos –gastada, apagada, sin fuerzas– encontrando poco acomodo las expresiones más cercanas a lo emocional. Cuando le comentamos que nos parece natural que se encuentre triste dada su situación, asiente, dice que se encuentra triste y tras ello relata una historia personal dramática, llena de pérdidas (perdió a su madre con 7 años, perdió a su padre de un cáncer de garganta, a su hermano mayor también de un cáncer y a un hijo tras una larga enfermedad), y sinsabores (al ser la única niña, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos tras faltar su madre, tiene un hijo drogodependiente que le realiza continuas demandas tanto económicas como de atención a pesar de haberse, aparentemente, independizado al contraer matrimonio). Queremos destacar la clínica por la que consultó en un principio. La paciente se quejaba de tragar mal, y en las exploraciones complementarias no le encontraron nada. Ella temía una recidiva de un tumor mamario que le fue tratado quirúrgicamente hace unos diez años. La queja fue cada vez mayor y de hecho presentaba una disfagia progresiva que obligaba a alimentación triturada y que finalmente acabó en una laparotomía donde se comprobó la existencia de un tumor. Nos pareció curioso tras esa historia de pérdidas y malos tragos y la posición subjetiva de la enferma en su discurso actual de impotencia y desesperación, la queja de “no poder tragar” y la presencia de una “disfagia real” producida por el cáncer.

CONCLUSIÓN

Las dos principales líneas de investigación dibujadas por Freud continúan despertando interés en la actualidad y siendo objeto de discusión psicoanalítica.

Para la escuela de París y para los autores que defienden la existencia de un déficit simbólico en el psicossomático, la vieja noción de “neurosis actual” conduce al concepto de desorden psicossomático. La neurosis actual de Freud se diferencia de otras neurosis por el mecanismo somático de la formación del síntoma. Ferraz (71) indica que el término “actual” connota la ausencia de la mediación encontrada en la formación sintomática de las psiconeurosis (a modo de condensación o desplazamiento, por ejemplo) y también la falta de la mediación simbólica de la represión. Carratelli y Lanza (72) apuntan también al modelo de déficit en la intrincación mente-cuerpo como de gran importancia en la patogénesis de la enfermedad psicossomática.

La teoría que opone el fenómeno conversivo al psicossomático tiene sus críticas por parte de los autores que defienden la continuidad entre estos dos tipos de fenómenos. Actualmente, la mayor oposición dentro del psicoanálisis a las teorías de la escuela de París son las de J. McDougall. Expresa así su desacuerdo:

“El fenómeno asociado con el llamado tipo de personalidad psicossomática no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica; es más bien una intensa defensa contra los temores narcisistas o psicóticos” (9, pág. 196).

Esta autora defiende que la disfunción psicossomática puede producirse en sujetos que no son histéricos clásicos ni operatorios desafectivizados. Sería una defensa destinada a proteger al sujeto de estados emocionales primarios, donde la psique busca (como en la histeria neurótica clásica), con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente (9).

Pensamos que esta idea ha de tenerse muy en cuenta ya que, en numerosas ocasiones, los síntomas somáticos plantean la posibilidad de una expresión simbólica parcial o, al menos, una capacidad de figuración a través del cuerpo. Aun así hay que mantener una cautela frente al origen psicógeno de las enfermedades somáticas. Como señala Morton Reiser (73)(1978) prolífico autor sobre psicossomática,

ha criticado la teoría de la conversión pregenital, argumentando que los síntomas somáticos pueden aparecer asociados secundariamente con fantasías y emociones, y por tanto el simbolismo revelado en los tratamientos psicoanalíticos podría no estar relacionado con la “creación” u origen de la enfermedad sino con el mantenimiento del desorden.

Como puede verse, los dos enfoques parten de dos referentes conceptuales diferentes (freudiano y kleiniano) a la hora de concebir la estructuración del aparato psíquico. El bebé kleiniano se desarrolla antes que el bebé freudiano; las relaciones objetales están trazadas desde su nacimiento, lo simbólico existe desde el principio y la enfermedad psicósomática también es un modo de relación simbólica con un objeto. El paciente psicósomático freudiano, narcisístico en su origen, escinde cuerpo y mente dando lugar a una falla psicósomática, algo que se quedó sin construir, sin mentalizar, asimbólico. Otros autores contemporáneos, Bollas, Fernández, Ulnik, tratan de buscar los puntos intermedios entre las teorías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. Introducción histórica al estudio de la Patología Psicósomática. Madrid, 1950.
2. Barcia D. Las raíces históricas del pensamiento psicósomático. *Psiquis*, 1998; 19(5): 171-181.
3. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Buenos Aires: Amorrortu, 1, 112-132. 1890.
4. Freud S. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (nota introductoria). Buenos Aires: Amorrortu, 3, 26-40.1893.
5. Freud S. Proyecto de psicología. Buenos Aires: Amorrortu, 1, 323-446.1895.
6. Freud S. Estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu, 2, 1-325.1895.
7. Freud S. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. Buenos Aires: Amorrortu, 3, 85-115.1895.
8. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu, 20, 71-164.1926.
9. McDougall J. Teatros del cuerpo. Madrid: Julián Yébenes, 1991.
10. Ulnik J. Revisión crítica de la Teoría de Pierre Marty. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*. www.aperturas.com
11. Chiozza LA. Cuerpo, afecto y lenguaje. *Psicoanálisis y enfermedad somática*. Buenos Aires: Paidós.1976.
12. Groddeck G. El libro del ello. Madrid: Taurus,1973 (Orig, 1923).
13. Groddeck G. La malade, l’art et le symbole. París: Gallimard, 1969.
14. Hinshelwood RD. Diccionario del pensamiento kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu,1989
15. Campbell EF. Failure in the mother child dyad. En Finell JS (Ed). *Mind-body problems: psychotherapy with psychosomatics disorders*. Northvale, N.J.: Jason Aronson, 1997; 121-131..
16. Chiozza LA. Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease and other disorders. Madison, CT.: Psychosocial Press/ Int. Univ. Press, 1998..
17. Garma A. El psicoanálisis: teoría, clínica y técnica. Buenos Aires: Paidós, 1971.
18. Sperling M. Spider phobias and spider fantasies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*; 1971, 18 (3): 472-498.
19. Sami-Ali. Pensar lo somático. El imaginario y la patología. Buenos Aires: Paidós, 1991 (Orig. 1987).
20. Avila LA. A doenca na alma: Groddeck e a psicossomatica psicanalitica. *Percurso: Revista de Psicanalise* 1997; 10(19)(2): 43-48.
21. Biancoli R. Georg Groddeck; the psychoanalyst of symbols. *International Forum of Psychoanalysis* 1997; 6(2): 117-125.
22. Fenichel O. Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena. En *Collected Papers of Otto Fenichel*. New York: W.W. Norton, 1945.
23. Alexander F. *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York: W.W. Norton, 1950.
24. Alexander F, SZASZ TA. El enfoque psicósomático en medicina. En Alexander F.(Ed), *Psiquiatría dinámica*. Buenos Aires: Paidos, 1971; 309-337. (Orig. 1958).
25. Alexander F, French T, Pollock G. (Eds). *Psychosomatic specificity*. Vol. 1. Experimental study and

- results. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
26. Ajuriaguerra J. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson, 1993 (Orig. 1973).
 27. Dunbar F. Diagnóstico y tratamiento psicósomáticos. Barcelona: Publicaciones médicas, 1950.
 28. Dunbar F. Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships, 1943 (Orig. 1935).
 29. Horney K.. The paucity of inner experiences. American Journal of Psychoanalysis; 1952, 12: 3-9.
 30. Ruesch J. The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine; 1948, 10: 134-144.
 31. McLean PD. Psychosomatic disease and the "visceral brain. Psychosomatic Medicine; 1949, 11(6): 338-353.
 32. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness. A problem in communication. Psychotherapy and Psychosomatics; 1970, 18: 154-160.
 33. Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics; 1973, 22: 255-262.
 34. Von Rad M, Lalucat L, Lolas F. Differences in verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. Psychotherapy and Psychosomatics; 1977, 28: 83-97.
 35. Vogt R. Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients. Psychotherapy and Psychosomatics; 1977, 28: 98-105.
 36. Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia. Concept and measurement. Psychotherapy and Psychosomatics; 1979, 32: 180-190.
 37. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics; 1991, 32 (2): 153-164.
 38. Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations. Psychotherapy and Psychosomatics; 1977, 28: 199-206.
 39. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. Psychosomatic Medicine; 1981, 43(6): 531-543.
 40. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. American Journal of Psychiatry 1984; 141(6): 725-732.
 41. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics. 1977, 28: 180-190.
 42. Freyberger H y otros. Psychoterapeutic interventions in alexithymic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 1985, 44: 72-81.
 43. Dewaraja R. y otros, Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymic. Psychotherapy and Psychosomatics, 1997, 66 (2): 83-86.
 44. Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T. The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease; Psychosomatics, 1997, 38 (5): 497-502.
 45. Fukunishi I. Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease. Psychological Reports. 1997, 81 (2): 627-633.
 46. Krystal H. Trauma and affects. Psychoanalytic Study of Child, 1978, 33: 81-116.
 47. Krystal H. Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. Psychoanalytic Inquiry, 1997, 17 (2): 126-150.
 48. Otero J. Alexitimia, una revisión. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, 19 (72): 587-596.
 49. Otero J. Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis, 2000, n°4, <http://www.aperturas.org>.
 50. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. American Journal of Psychiatry, 1984, 141 (6): 725-732.
 51. Shipko S. Alexithymia and somatization. Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 37: 193-201.
 52. Von Rad M. Alexithymia and symptom formation. Psychotherapy and Psychosomatics, 1984, 42: 80-89.
 53. Fukunishi I. y otros. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. Comprehensive Psychiatry, 1997, 38 (3): 166-170.

54. Marty P. La déliaison psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse* 1990; 3: 615-624.
55. Marty P. El orden psicossomático: los movimientos individuales de vida y de muerte. *Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro, 1995 (Orig. 1980).
56. Marty P, M'Uzan M. La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse* 1963; 27 (suppl): 1345-1356.
57. Marty P, M'Uzan M, David C. La investigación psicossomática. Barcelona: Luis Miracle, S.A, 1967 (Orig. 1963).
58. MARTY P, STORA JB. La clasificación psicossomática MARTY/IPSO: método diagnóstico de las organizaciones psicossomáticas y enfermedades somáticas. *Psicoterapia Analítica* 1989; 1: 19-31.
59. M'UZAN M, DAVID CH. Préliminaires critiques à la recherche psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse* 1960; 24, 1: 19-39.
60. Kreisler L. El Niño psicossomático. Buenos Aires: Huemul, 1975.
61. Kreisler L. La expresión somática: La patología psicossomática. En Lebovici S, Diatkine R y Soule M (Eds). *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1990; vol 4: 135-159.
62. Marty P. *Mentalisation et psychosomatique*. Collection Les Empêchers de Penser en Rond. Edité per Les Laboratoires Delagrande, 1991.
63. Marty P. *La Psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
64. Engel G. Anxiety and depression withdrawal: the primary affects of unpleasure. *International Journal of Psychoanalysis*; 1961, 43: 89-97.
65. Stephanos S. Analytical psychosomatics in internal medicine. *International Journal of Psychoanalysis*; 1980, 7: 219-232.
66. Winnicott DW. *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Tavistock Publications, 1958.
67. Hartocollis P. "Actual Neurosis" and Psychosomatic Medicine: The vicissitudes of an enigmatic concept. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1361-1373.
68. Bollas C. *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido y no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
69. Fernandez R. *Revista de psicoterapia y psicossomática*. Octubre 1997, nº 35-36: 31-6.
70. Ulnik J. Narcisismo y enfermedad somática. *Actualidad Psicológica*; 1993, 18(196):
71. Ferraz FC. Das neurosis atuais a psicossomatica. *Percurso: Revista de Psicanalise* 1996; 8(16)(1): 35-42.
72. Carratelli TI, Lanza AM. Integrated psychodynamic approach in infantile psychosomatic illness. *Clinical observations. Giornale di Neuropsichiatria dell'Eta-Evolutiva* 1997; 17(3): 167-173.
73. Reiser M. *Psychoanalysis in patients with psychosomatic disorders*. En Carasu TB y Steinmuller, RI, *Psychosomatics in Medicine*. New York Grune and Stratton, 1978.

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>

Juan: Otero; Juan Rodado
Publicado en la revista nº 016

Volver a Bodyreaders
Volver a Newsletter 21-ex-47