

## ENCRUCIJADAS TEÓRICO-CLÍNICAS EN PSICOSOMÁTICA

**Pedro J. Boschan**  
**Revista de Psicoanálisis**  
**Abril 1999 -No. 1**

“El rey de Macedonia, Perdicas II, afectado por una cruel dolencia declarada incurable por los frustrados médicos macedonios lo hizo llamar (a Hipócrates). Cuando éste llegara a la corte real, su colega de la escuela rival de Cnidos, el brillante Eurífone, le había ya precedido, llevando a cabo un tratamiento organicista que demostró ser ineficaz. Después de su examen y de su coloquio singular con Perdicas, seguido quizás de un estudio de sus sueños, estuvo Hipócrates en condiciones de revelar que su enfermedad consuntiva tenía por causa un amor rehuído por la bella Phila, concubina de su padre. El rey se enfureció apenas oyó esta revelación. Pero pasada su reacción agresiva, reconoció que era acertada. Satisfizo su pasión y sanó”.

Martiny, M. “Hippocrate et la Medicine”. Fayart, París 1964

Como podemos ver en la viñeta que precede, la compleja interrelación entre mente, cuerpo y vínculos era intuitiva desde los albores de la terapéutica, seguramente desde mucho antes del episodio que relata Martigny. Desconocemos cómo entendía Hipócrates esta interrelación, que por otra parte forma parte del imaginario social en muy diferentes culturas, pero la comprensión de que como humanos somos esencialmente psicosomáticos y formamos parte de una estructura vincular puede verse claramente en ella.

El Psicoanálisis, que se origina en el estudio de las neurosis, sólo tardíamente se enfrenta con la necesidad de conceptualizar teóricamente la patología psicosomática. Las primeras ideas teóricas (relativamente) organizadas las hallamos en los escritos pioneros de Groddeck, Ferenczi, Simmel, Felix Deutsch y más tarde Balint, todos ellos con una amplia experiencia en la medicina clínica. Pero fueron las décadas del 50 y el 60, con la fenomenal expansión del movimiento de Salud Mental (Mental Health) y la llegada del psicoanálisis a los ámbitos asistenciales más amplios, las del auge de la Psicosomática: la escuela de Chicago y luego la de Rochester en EE.UU., los trabajos de P. Marty en Francia, de Winnicott y Balint en Inglaterra, en las que se formularon las primeras sistematizaciones teóricas.

Desde entonces hasta nuestros días, han sido muchos los intentos teóricos con que el Psicoanálisis trata de dar cuenta de estos fenómenos tan complejos; mencionaré tan sólo a título de ejemplo las ideas de Piera Aulagnier, Joyce McDougall, W. Bion, P. Marty,

G. Pankow, Sami Alí y David Liberman cuyo énfasis en la relación corporal y la vincularidad aporta una dimensión que complejiza aún más el tema.

Esta diversidad de teorías da cuenta de la complejidad del problema; lo psicosomático es una verdadera encrucijada en la que se plantea la duda si es posible dar cuenta con una única teoría, si sólo es posible comprenderla desde la interdisciplina o si constituye una disciplina por derecho propio. La inclusión en el cuerpo teórico del psicoanálisis la comprensión de la estructura intersubjetiva da una nueva dimensión a estos fenómenos, al extender la noción de psiquismo más allá de los confines unicorporales, lo mismo que nuestra reciente comprensión de la importancia de fenómenos transgeneracionales y la de la determinación de la enfermedad somática a partir de los lazos sociales.

Todos los que nos hemos ocupado del tema a lo largo de un cierto tiempo (en mi caso 30 años), hemos adquirido una perspectiva histórica de las muchas teorías con que se ha intentado dar cuenta de esta compleja relación entre mente, cuerpo, afectos, vínculos y entorno social que constituye nuestra vida. No es mi

objetivo en este trabajo hacer un estudio histórico de estas distintas teorizaciones (que considero sumamente importante metodológicamente), sino de señalar ciertos nudos conceptuales. Ciertos interrogantes y encrucijadas tienden a recurrir y replantearse regularmente en diversas teorías, formuladas de acuerdo al paradigma científico de cada época. Cuando uno se interroga acerca del porqué de estos avances y retrocesos, se hace evidente que para el pensamiento humano, la integración mente- cuerpo despierta formidables resistencias: la idea que lo que ocurre en mi mente o en la mente del otro del vínculo pueden determinar mi enfermedad corporal o muerte son sumamente amenazantes. Estas resistencias no dejan de influir en nuestro modo de conceptualizar psicoanalíticamente, o de privilegiar determinadas teorías.

Quiero detenerme en algunas de estas interrogantes y encrucijadas que me parecen particularmente relevantes para ver que significan para nosotros al posicionarnos hoy frente a lo psicósomático.

Así por ej: la idea de “detención” (una transformación inconclusa, coartada, en una trayectoria que va desde lo corporal hacia lo mental (es decir las vicisitudes de la mentalización de lo pulsional cómo un proceso unidireccional), implicando la idea de fijación y regresión, es uno de los ejes de distintas conceptualizaciones teóricas, contrapuesta a la idea de “disociación vs. integración psicósomática”, que enfatiza la participación corporal en la vivencia afectiva o la disociación de la misma.

Esta problemática hace a un nudo clínico fundamental: si lo que ocurre en el cuerpo es pensado como vía de expresión del acaecer psíquico (otorgando de este modo una “centralidad” a lo psíquico), o sí “eso” que ocurre, ocurre simultánea y sincrónicamente en psique y soma. Esta diferencia no es sólo teórica: implica modos diferentes de plantearse el abordaje clínico, como espero mostrarlo en la discusión de una viñeta. La raíz del primer tipo de conceptualización la podemos hallar en la carta 52 de Freud, en la que habla de traducciones que no se produjeron o completaron porque el monto de angustia liberada era excesivo; Bion, desde una perspectiva vincular, ubica esta falla en la traducción en el pasaje por el otro (la función reverie de la madre). De este modo lo que se manifiesta como fenómeno somático es aquello que rebalsa, por no poder acceder al proceso de psicologización. La idea de falla o defecto de la capacidad de simbolizar es un elemento frecuente de este modelo de teorización; Pierre Marty sería un autor paradigmático en este sentido.

La idea de disociación psicósomática tiene sus raíces en el Spaltung freudiano, pero fundamentalmente se origina en las ideas de Ferenczi, retomadas por Winnicott. Enfatiza que la vivencia afectiva y vincular normalmente ocurre en psiquis y soma simultánea y sincrónicamente, y trata de comprender el fenómeno psicósomático a partir de los distintos mecanismos disociadores de esta integridad. Frecuentemente los autores que proponen este tipo de teorización otorgan al concepto de trauma un lugar relevante en su edificio conceptual.

Estas distintas conceptualizaciones no son solamente teóricas; implican distintos enfoques (o énfasis) en la tarea clínica, de entender la transferencia y de conceptualizar el lugar del analista; volveremos a esto luego.

Esto nos lleva a otro nudo teórico-clínico fundamental, que es el tema de la especificidad en psicósomática; es decir si existe un determinado tipo de constelación psíquica que corresponde preferencialmente a determinadas maneras de somatizar. Al hablar de especificidad no se piensa en una relación simbólica entre una organización fantasmática determinada y el síntoma, como ocurre en una conversión histérica. Pero hay líneas de pensamiento que adscriben especificidad psíquica a determinadas manifestaciones somáticas, aunque esta especificidad es considerada pre-simbólica, mientras que otras posturas teóricas tienden a verlas como un efecto inespecífico de la insuficiencia del aparato psíquico para mentalizar, o de la disociación psicósomática.

Obviamente, estos dos vértices implican dos maneras diferentes de pensar la cura: en la primera la tarea interpretativa tenderá al nexo específico del síntoma (a “interpretar el síntoma”, aunque esta interpretación no sea “simbólica”). Aquí parece fundamental la diferencia entre “significado” y “sentido” del síntoma; si se considera que el síntoma “dice” o se considera el sentido que toma en la configuración vincular o transferencial. Desde la segunda perspectiva, la labor analítica apunta a la creación de estructuras mentales “simbolizantes”, y a la fantasmaticación secundaria; Evidentemente la concepción de la transferencia y la contratransferencia también serán muy diferentes.

Desde la clínica, se pueden observar distintas modalidades de organización de la enfermedad: desde organizaciones sintomáticas más lábiles y fluctuantes, que involucran distintos órganos en diferentes momentos, que muchas veces aparecen ante una situación de crisis vital, a constelaciones de mucho mayor fijeza y rigidez (como en las psoriasis o las colitis ulcerosas por ej:), con una mayor identificación del paciente con su propia enfermedad, y muchas veces con configuraciones transferenciales bastante específicas. En los pacientes en análisis, por ej, uno asiste a la manifestación de distintas manifestaciones orgánicas a lo largo de un tratamiento analítico que en algunos casos coinciden con las vicisitudes del proceso terapéutico; también existen manifestaciones corporales o hipocondríacas contratransferenciales correlacionables con determinadas estructuras transferenciales, aunque su registro por parte del analista puede verse dificultado por la cualidad amenazante que tienen.

Para quien, como yo, llegó a lo psicosomático desde su estudio en niños, en los que la participación somática en lo afectivo y la vincular es más natural y esperable, es decir que son más psicosomáticos, (en el sentido de McDougall o Winnicott), la idea de que quizás hablamos de una población heterogénea en cuanto a modos de somatizar me parece muy digno de considerarse. Habremos de plantearnos pues, si el tema “especificidad o no” corresponde a diferentes modelos teóricos, o si hay un espectro de manifestaciones somáticas que van de lo inespecífico a lo muy específico, y al circunscribirnos a una sola gama de este espectro condicionamos visiones parcializadas. También el contexto clínico va a influir en nuestra visión: como recientemente lo señalara Joyce Mc Dougall, el ver pacientes en una clínica psicosomática, derivados por un clínico por sus síntomas, genera una visión muy distinta de la patología que si el mismo paciente viene a psicoanalizarse y sus síntomas son un emergente más de una demanda de ayuda psicoanalítica, o incluso a veces ellos aparecen durante el proceso analítico. Con los primeros se tiende más a “medicalizar” la situación terapéutica; se los ve mas “alexitímicos” que los que llegan a analizarse.

En este sentido es importante tener en cuenta que el contacto con la enfermedad corporal a veces nos lleva imperceptiblemente a una “medicalización” de nuestro pensamiento analítico; la idea de “etiología”, tan fuertemente presente en la Medicina que aprendimos, se desliza a la búsqueda de “la teoría causal”, presionados por la demanda de nuestros pacientes y muchas veces de los clínicos que nos los envían, en espera de soluciones no muy diferidas.

Una dificultad adicional que se nos plantea para cotejar la clínica con la teoría, es lo difícil que resulta definir que entendemos por “somático” u “orgánico”. En las primeras épocas de la psicosomática, esto se refería a “lesión anatomopatológica demostrable”.

¿En nuestra era de resonancias magnéticas funcionales, potenciales evocados y alteraciones a nivel molecular, cómo definimos que es «orgánico»? Por ej:, ¿una neuralgia del trigémino lo consideraríamos una somatización? Desde esta perspectiva, creo que la diferencia entre lo psicosomático y lo hipocondríaco como dos categorías excluyentes debiera revisarse (Boschan, 1995) especialmente si consideramos que en ciertos pacientes psicosomáticos, el hecho de que aparezcan fantasías hipocondríacas en el curso del análisis es un indicador de evolución, reemplazando la negación y megalomanía previas referidas a su cuerpo.

También influye en estas consideraciones, el hecho de no existir una correlación clara entre el uso de determinadas líneas teóricas y los resultados terapéuticos. Todos hemos visto mejorar a pacientes psicosomáticos con tratamientos individuales y familiares apoyados en teorizaciones que hoy consideramos superadas. En mi experiencia personal como analista y como supervisor, tanto en la actividad privada como en la hospitalaria, me parece que la efectividad terapéutica está más relacionada con la experiencia y la capacidad analítica del terapeuta, la participación del paciente y los efectos del contexto, que con la teoría a la cual se adscribe el analista. En este sentido es importante tener en cuenta la variable personal del clínico en las teorías que elige y como las utiliza.

Si todos estos elementos parecen complejizar la problemática más que clarificarla, esto ciertamente se parece a lo que la clínica hace con la teorización; confrontarla con la complejidad del problema, señalando los puntos poco claros, lo hechos de los que aún no se dio cuenta, en síntesis, la falta. Considero que frente a las manifestaciones psicosomáticas, la relación que tiene el clínico con las teorías es mucho más flexible, compleja y difícil que en las neurosis, y aun en la perversión o la psicosis. “Lo psicosomático” es una encrucijada en la que hasta cabe cuestionarse si se puede intentar dar cuenta de estos complejos

fenómenos desde una única teoría, como el psicoanálisis, si requiere inevitablemente una comprensión interdisciplinaria, o si la psicósomática es una disciplina por derecho propio (autonomía disciplinar). Cada clínico en su trabajo cotidiano, realiza su propia selección o recorte de las teorías, que esperablemente se vayan modificando bajo el impacto de la experiencia. Sin pretender generar una conceptualización teórica, me siento justificado en exponer mi propio modo de hacerlo.

A mí me resulta clínicamente útil pensarlo en términos de relación psicósomática, que el sujeto mantiene consigo mismo, con su realidad interna y externa. Relación que se inicia siendo un cuerpo, en realidad formando parte de un otro cuerpo que es el de la madre, lo que hace que la primera discriminación ocurra en lo biológico, entre este otro cuerpo y el cuerpo propio; los pasos discriminativos siguientes se asentarán en la mentalización de una doble discriminación: entre la madre y sí mismo, y entre el propio cuerpo y la propia mente, discriminación que nunca es absoluta ni completa.

Pero este cuerpo se inserta en una trama vincular que existe desde antes que él; que tiene expectativas y anticipaciones con respecto a él aún antes de haberlo engendrado.

Estas ansiedades, expectativas, prohibiciones y deseos sobre el cuerpo del hijo, esta imaginarización de su cuerpo, van a ser inscriptos en la libidinización de ese cuerpo por parte de los padres y serán incorporados por el sujeto, que los internaliza como su relación con su propio cuerpo, con sus propios afectos, con su integridad psicósomática, del mismo modo que lo será la aceptación o no de la alteridad de ese cuerpo con respecto al cuerpo en el que se generó. Pero esta internalización nunca es definitiva, cómo nunca lo es la discriminación; sigue apoyándose en las tramas vinculares que forman la intersubjetividad de cada uno de nosotros, tan central en la creación y mantenimiento de las significaciones. En las familias en las que la exteriorización del afecto está interdicta, el cuerpo queda anclado como mediador y clave única del intercambio afectivo. Así, no pensaría en sujetos alexitímicos, pero sí en estructuras vinculares alexitímicas que interfieren con la posibilidad de integración psicósomática de sus miembros. Incluso esta interferencia puede ser una característica general, o estar vigente para determinados afectos: por ej: en un duelo patológico. Esta interferencia en la posibilidad de integración psicósomática, coloca al sujeto en una situación que he denominado vulnerabilidad psicósomática, que puede no manifestarse cómo enfermedad existente sino cómo potencialidad, pero cuya detección es sumamente importante en la prevención (Boschan 1997).

El hecho mismo de la imposibilidad de psicologizar determinados afectos mientras puede hacerse con otros, es sustancialmente incompatible con la idea de alexitimia tal como lo plantea Marty. A su vez, las experiencias traumáticas que pueden inducir escisiones o fragmentaciones, tendrán una fuerte incidencia en la integridad mental del sujeto y por ende, el registro mental de sus experiencias emocionales o las fallas en el poder hacerlo. Esto tendrá un efecto fundamental en las modalidades del procesamiento afectivo, tanto a nivel individual cómo vincular. En este sentido, es fundamental la diferencia entre la consideración teórica del afecto desde un punto de vista estrictamente económico, de entender su función vinculante y la significación que deriva de esta.

También creo importante enfatizar un aspecto muy central en la clínica, el papel de las identificaciones en la somatización. En este sentido, me parece importante señalar que una modalidad de identificación con los vínculos de los que se participó, es ubicando identificatoriamente un polo de este vínculo no en el Yo, como sucede en la melancolía, sino en alguna parte del cuerpo; esto, que se ve muy claramente en algunos hipocondríacos, puede darse también en ciertas somatizaciones. Corresponde con lo que

G. Pankow describe como “destrucciones corporales” que corresponden a ciertas zonas de destrucción en la estructura familiar. En esto sujetos, ¿este polo identificatorio ubicado en el cuerpo no deviene self corporal (no se asimila, quizás por los mecanismos disociativos?), sino que queda como un “objeto corporal”. Esto es lo que Peter Kutter describe, con el (a mi juicio poco feliz) nombre de triángulo no edípico, en el que participarían el self, el cuerpo y el objeto.

Pensar lo psicósomático de este modo lleva a procesar los datos de la clínica considerando interacciones complejas, más que de una causalidad lineal; el modelo se asemeja más a una multideterminación en red, (estructura) en la que distintos eventos van ejerciendo efectos recíprocos que se potencian mutuamente. Esto contribuye a que una exposición de este tipo, que requiere una linealidad discursiva, suene muy complicada y difícil de seguir; es el mismo problema que nos plantea la clínica psicoanalítica del paciente



psicosomático. Las enfermedades psicosomáticas no son pasibles de ser “explicadas” de un modo simple; hay muchas variables complejas involucradas en tan complejos procesos.

Quisiera para ilustrar algunos de estos conceptos relatarles un sueño de un paciente mío, en lo que yo entendí un momento sumamente importante en la evolución de su análisis. Este hombre presenta somatizaciones desde muy pequeño: la primera de ellas una úlcera gástrica a los siete años. Además de un muy adecuado desempeño profesional, que quizás en un sentido permitiría considerarlo dentro de la categoría de self ambiental sobreadaptado de Liberman, es una persona con buenos lazos afectivos y una creatividad artística bastante desarrollada. Recientemente comienza a presentar trastornos corporales que son consecuencias alejadas de su enfermedad crónica, que creía tener “totalmente controlada” cuando inició este su tercer tratamiento psicoanalítico.

El sueño relata una escena: “...en lo que en el sueño era mi casa, en la zona del puerto, en medio de barcos, diques. En el cielo aparecen tres helicópteros amarillos en vuelo rasante, tiran bombas; eso era todo normal, nadie se hallaba sorprendido; yo pregunto (con indiferencia) ¿qué estarán bombardeando? De golpe sobrevuelan mi casa, uno tira una bomba, la casa se estremece, siento el sacudón en el cuerpo. Ahí me doy cuenta, aterrado, que estoy involucrado, me agarra temor; no hay sótano donde refugiarse.

Me parece que en este sueño se ilustra un momento de cambio: la primera parte muestra la disociación psicosomática, donde el bombardeo y la destrucción son vistos con indiferencia, vividos como normales. En un momento, al “sentir el sacudón en el cuerpo”, corresponde a un momento de integración, con la sensación de terror y de estar inerme; la inexistencia de un “sótano donde refugiarse” revive angustiosamente la falta de continencia a su terror, que probablemente pesó en el establecimiento de las disociaciones psicosomáticas tan intensas. A partir de su reconstrucción en la transferencia, podemos inferir una estructura vincular en la que probablemente había una fuerte interdicción de la exteriorización de los afectos displacenteros, creando las condiciones descritas por Liberman de vulnerabilidad psicosomática por sobreadaptación.

## BIBLIOGRAFIA

- Aulagnier P.** : La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Amorrortu, Bs. Aires ,1977
- : Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: Cuerpo, historia, interpretación L. Hornstein (ed.) Paidós, Bs. Aires 1991
- Alexander F. French T. Pollock G:** Psychosomatic Specificity U. Chicago Press, 1968
- Berenstein I. Puget J:** Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica. Paidós, Bs. Aires 1997
- Bion W.** : Transformaciones. Centro Editor de América Latina, Bs. Aires 1972
- Boschan P. J. (1995):** “ Hipocondría”. III Jornada Interhospitalaria de Medicina Psicosomática”, Bs. Aires
- (1996): “Trauma, Inconsciente y los caminos de la terapia psicoanalítica” Panel, 1er. Encuentro de la Asoc. Psicoanalítica de Rosario
- (1996): “Convergencias teórico-clínicas actuales en Psicosomática” II Jornadas Internacionales de Psicosomática y Psicología Médica, Bs. Aires. Rev. del Instituto Psicosomático de Buenos Aires 4:4,17 1997
- (1997): “ Prevención de las enfermedades psicosomáticas”. Panel de “La prevención en Psiquiatría” XIX Congreso Latinoamericano y XIII Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, Argentina.
- Ferenczi S (1929):** El niño mal recibido y su instinto de muerte. Psicoanálisis Madrid, Espasa Calpe
- Freud S:** carta 52.
- Ferrari Héctor A.** Salud Mental en Medicina. López editores, Bs. Aires 1996
- Groddeck G:** El libro del Ello Barcelona, Taurus 1973
- Marty P:** L'ordre psychosomatique Paris, Payot 1980
- McDougall J:** Un cuerpo para dos. En Lecturas de lo psicosomático, M. Bèkei (ed) Lugar editorial Bs. Aires 1991
- Liberman D. et al:** Del cuerpo al símbolo. Ananké, Bs. Aires 1993
- Lipton E.L., et al. (1961)** “Autonomic functions in the neonate” Psychosomatic Medicine 23
- Marty P. :** “L'ordre psychosomatique” Paris, Payot 1980
- Winnicott DW (1966)** “Psychosomatic illness in its positive and negative aspects” IJPA 47:510-516.

**Una versión más breve de este trabajo fue mi ponencia en las II Jornadas Internacionales de Psicopatología, Bs. Aires 1996.**

**REF: APERTURAS PSICOANALITICAS.**

**Hacia modelos Integradores Revista de Psicoanálisis Abril 1999 -No. 1  
<http://www.aperturas.org/1boschan.htm>**

**Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.**

**ALSF-CHILE**