

Medicina Psicosomática.

Lic. Ana María Spagnuolo de Iumato

SUMARIO

En este trabajo se describen distintas posturas en medicina psicosomática. Dichos enfoques se caracterizan por la búsqueda de los “perfiles psicológicos” como la Escuela Norteamericana de Dunbar y Alexander; por la dificultad para dar expresión a los afectos, “alexitimia”, como postulan autores de la Escuela Psicosomática de París, o por el hallazgo de “fantasías específicas” expresadas en el lenguaje de los órganos, como sostiene la Escuela Argentina que representa Chiozza.

La autora se detiene en el enfoque de esta última orientación, por considerar que la fundamentación teórica y el instrumento técnico desarrollado por sus investigadores para intervenir en el suceso vital que significa el enfermar somáticamente, constituyen una poderosa herramienta en la comprensión del significado oculto en dicho proceso y su terapéutica.

Palabras clave: Perfiles psicológicos, alexitimia, lenguaje de órganos, fantasías específicas.

SUMMARY

Psychosomatic medicine

In this study different positions toward Psychosomatic Medicine are described. These positions focus on the search for “psychological profiles” such as the American School of Dunbar and Alexander does; or on describing the difficulty to convey feelings, “alexitimia”, as stated by the Psychosomatic School of Paris, or on investigating “specific fantasies” expressed in the language of the organs, as maintained by the Argentine School represented by Chiozza.

The author will focus on this last position since she considers the theoretical basis and the technical instrument developed by its researchers —designed to intervene in this vital event which falling ill somatically means— constitute a powerful tool to comprehend the hidden meaning in said process and its therapeutics.

Key words: Psychological profiles, alexitimia, language of the organs, specific fantasies.

HISTORIA DEL CONCEPTO

La expresión “medicina psicosomática” fue introducida en el psicoanálisis por F. Deutsch, siendo los términos “psicosomático” y “somato-psíquico” utilizados por primera vez por J.C. Heinroth en 1818 y por K.W.M. Jacobi en 1822.

El siempre vigente interés por lo psicosomático corresponde a un genuino afán científico por superar el dualismo cartesiano que separa la “psiquis” de la “materia” y también al mecanicismo subyacente a ciertas explicaciones de la medicina tradicional que, más allá del progreso que acarreo en muchas áreas de la investigación, redujo la visión y la interpretación de los fenómenos humanos de su original riqueza y complejidad a una peligrosa explicación causalista.

La mayoría de las concepciones causalistas diferencian los trastornos en:

_ Trastornos psicogenéticos: aquellos provocados por fantasías que se expresan simbólicamente a través de una alteración orgánica.

_ Trastornos organoneuróticos: las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido.

_ Trastornos somatogénicos: son las llamadas “patoneurosis” y comprenden los trastornos psíquicos provocados por una enfermedad orgánica o investida de significación psicológica a posteriori. Lo opuesto, según O. Fenichel, sería la pato-curación, en donde una neurosis desaparece con la irrupción de una enfermedad orgánica.

DEFINICIÓN

Orientación de la medicina que se caracteriza por el propósito de incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico la consideración psicoanalítica de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad.

DISTINTAS ESCUELAS EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Hemos elegido para esta actualización presentar sintéticamente tres de las más importantes líneas de pensamiento acerca de lo psicosomático, escuelas que podríamos denominar, dados sus lugares de nacimiento, norteamericana, francesa y argentina.

Escuela Norteamericana (Dunbar, Alexander, Deutsch, French, Weiss y English): Se caracteriza por la búsqueda de los “perfiles psicológicos” correspondientes a las enfermedades que este grupo de investigadores considera típicamente psicosomáticas (las llamadas “Siete de Chicago”): asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerohemorrágica, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis.

Los investigadores de esta línea de pensamiento intentan establecer para cada caso una reconstitución muy completa de “patterns of behavior” y de “reactions of stress” que se han sucedido o que han combinado su acción a lo largo de toda la existencia del enfermo. Alexander enumera los puntos de la historia individual que deben ser explorados con vistas a obtener una “patobiografía” correcta: constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, accidentes físicos o afectivos traumáticos de la infancia, clima afectivo familiar, rasgos específicos de los padres y del ambiente, traumatismos físicos y experiencias afectivas ulteriores (relaciones interpersonales y profesionales). Tales observaciones permiten establecer correlaciones entre ciertas enfermedades y ciertos perfiles psicológicos.³

Según Deutsch, en una época anterior a la evolución completa de la vida instintiva, un trastorno orgánico se unió a un determinado conflicto psíquico, creándose así una unidad psicosomática. Luego, cuando el antiguo conflicto psíquico se torna activo, el órgano asociado originariamente con el conflicto es el que produce los síntomas. Esta fusión tiene una energía potencial, de modo que reaccionará como una unidad, siempre que se estimule un elemento de tal unidad.

Alexander ha separado completamente, dentro de su concepción, las afecciones psicosomáticas de la neurosis: la histeria pertenece a la patología de la expresión voluntaria, de la que los músculos estriados, que permiten la “vida de relación”, son los órganos, mientras que los hechos psicosomáticos pertenecen a la patología de las reacciones vegetativas, expresadas por los músculos lisos que aseguran la armonía interna de las funciones vitales. El síntoma de conversión histérica es el equivalente de una tensión emocional con una expresión simbólica; en la cronología del desarrollo corresponde a una organización ya evolucionada,

que incluye el lenguaje y el gesto; mientras que la enfermedad psicosomática representa una “conversión” mucho más profunda y mucho más radical del conflicto en el plano de las funciones y de las alteraciones tisulares.

Escuela Psicosomática de París (Marty, M'Uzan, David, Fain)⁴

Encabezada fundamentalmente por Pierre Marty, es una escuela que surge ante la dificultad diagnóstica y terapéutica que les presentaban cierto grupo de pacientes que no encuadraban en el marco de la conversión histérica ni tampoco en el de las neurosis actuales y que presentaban alteraciones como cefaleas, raquialgias, alergias y asma. Así fueron dibujando el perfil de lo que consideraron un tipo particular de enfermos: “el psicosomático” caracterizado por una “insuficiencia en la mentalización”, que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Al hallarse privados de esta posibilidad, drenan en el cuerpo sus excedentes excitatorios, no ya como modo de expresión, sino como producto del déficit mismo. De modo que esta insuficiencia en la mentalización de los conflictos equivale a decir que éstos dejan de ser psíquicos y poseer un sentido, transformándose en algo somático, concreto, material y asimbólico, proceso, denominado “somatización” por los integrantes de esta línea de pensamiento. Para que se produzca una somatización se postula un esquema evolutivo en el cual se habrían producido determinadas fijaciones somáticas que precedieron a las fijaciones mentales. En el extremo opuesto y antagónico se halla el grado de mentalización del cual un sujeto es capaz, dado que este proceso, ligado a lo representacional y significativo, supone un nivel evolucionado que, como producto del desarrollo alcanzado, determinará la expresión de los conflictos de un sujeto en el plano mental. La somatización, en cambio, será una “vía residual” que testimonia un déficit evolutivo. Un conflicto que no pueda expresarse a nivel mental, iniciará un camino de retorno, regresión somática, hacia esta vía arcaica en la cual ya no interesarán los significados, sino que se evidenciará sencillamente la compulsión del primitivo terreno corporal. Se establece de este modo una proporcionalidad directa entre el nivel de la mentalización y la salud y una proporcionalidad inversa entre el nivel de mentalización y la somatización.

La insuficiencia psíquica de estos enfermos se manifestaría en un síntoma básico y característico denominada “depresión esencial”, que consiste en una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad conciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y la herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática.

La falta de desarrollo psíquico se manifestará también de una manera particular en otros dos terrenos: en los afectos y en los pensamientos.

En cuando a los afectos, estos pacientes presentarían una imposibilidad en la expresión de los mismos, ya que carecerían de los correspondientes engramas verbales para dar cuenta de ellos. Los discípulos de esta escuela llaman a esta dificultad “alexitimia” (término que toman de los psicoanalistas bostonianos Sifneos y Nemiah), palabra derivada del griego, y que significa “falta de capacidad para verbalizar afectos y sentimientos”. Esta dificultad se hace extensiva a la discriminación entre las distintas cualidades afectivas.

En el terreno del pensamiento, la supuesta incapacidad evolutiva presupone la ausencia de la dimensión simbólica, en la medida en que ésta representa el coronamiento de la secuencia evolutiva.

Según los autores de la escuela francesa, el déficit patognomónico que caracterizaría a los enfermos psicosomáticos sería la construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicosomáticos.

Sintetizando, la enfermedad actual se vincula con una situación conflictiva, traumática, asociada a las vicisitudes de la situación edípica. Lo que debió haber sido “mental” y tramitado simbólicamente deja de serlo, pierde dicha cualidad y se transforma en somático. La cualidad simbólica, que sólo puede ser “mental”, se ha perdido y en su lugar aparece el cuadro orgánico, exento en sí mismo de significado.

El psicósomático es, entonces, un enfermo con una adaptación social correcta, y aun excelente, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha y en el cual la desviación respecto a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Dentro de esta concepción, la terapia se centraría en darle el marco al sujeto para restituir sus capacidades faltantes o dañadas en lo referente al campo fantasmático. Dice Marty: 5 “La psicoterapia de los enfermos somáticos se realiza casi siempre al ritmo de una sesión por semana, dos sesiones por semana son excesivas en la mayoría de los casos. En efecto, se debe tener en cuenta la dificultad que supone para muchos pacientes tolerar la intrusión del psicoterapeuta y asimilar el efecto terapéutico, y respecto del terapeuta, la capacidad que tenga de tolerar a los múltiples pacientes desprovistos básicamente, o en ocasiones, de facultades relacionales atractivas”.

ESCUELA ARGENTINA (CHIOZZA)

El grupo psicoanalítico argentino inicial, entre ellos, eminentes representantes como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky, Arminda Aberastury, Enrique Pichón Rivière, Marie Langer, David Liberman, manifestaron, ya desde la década de 1950, un profundo interés y dedicación por la investigación psicósomática. A partir de la fructífera obra de estos maestros, numerosos investigadores psicoanalíticos se dedicaron a la profundización del significado del enfermar orgánico. De todos ellos, seleccionamos la escuela de Chiozza debido a que desde la década de 1960 hasta la actualidad, se ha caracterizado por la investigación ininterrumpida en esta área, publicando los resultados de las investigaciones psicósomáticas de cuadros de trastornos respiratorios, óseos, cardiovasculares, renales, accidentes cerebrovasculares, leucemia linfoblástica aguda, psoriasis, herpes ocular, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, cefaleas, cáncer, obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades dentarias, entre otros,⁶ y ha desarrollado asimismo un procedimiento clínico-psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos somáticos, denominado “Estudio Patobiográfico”.

Las teorías desarrolladas por Chiozza se fundamentan en el pensamiento de Freud y en la obra de autores como Groddeck, Weizsaecker, Racker, Rascovsky y Cesio.

Fundamentalmente su teoría comprende la enfermedad orgánica como una forma de lenguaje, el cual, una vez aprendido a descifrar, ya no se presenta como un accidente indeseado, sino como un capítulo de una biografía, o sea que el padecimiento orgánico ocultaría una historia cuyo significado le es insopportable al hombre, hallando en la enfermedad una “solución” para ese drama.⁷

Si se entiende esta “función” que cumple la enfermedad, se deduce que su simple desaparición, mediante el “combatirla” puede reestablecer el problema inicial o incluso agravarlo. Weizsaecker lo señalaba diciendo que la actitud del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el pensamiento “Sí, pero no así, sino de esta otra manera”.⁸

En la conceptualización de Chiozza⁹ la relación psicósomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que “psíquico” y “somático”, ambas categorías establecidas la conciencia, equivalen a dos caras de una misma moneda. Lo inconciente no reprimido es incognoscible por definición, y por lo tanto no posee o no se le puede atribuir, existencia o cualidades psíquicas o somáticas. Estas categorías derivan de que el conocimiento conciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una “física”, que da origen a las ciencias naturales, y la otra “histórica”, que sustenta las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura.

Si se estudia a un enfermo desde su “cara física” mediante su historia clínica que consigna los síntomas, signos y la evolución de su enfermedad, y desde su “cara histórica”, que atiende los episodios y acontecimientos de su vida, se comprueba que la superposición de ambas historias revela que aquello que las personas callan con los labios no sólo suelen expresarlo con gestos o actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos.

Se deduce de este planteo que para Chiozza lo somático no es una realidad primaria sobre la que asienta

todo lo demás ni lo psíquico un emergente de la materia, siendo por lo tanto incongruente calificar a una enfermedad o personalidad de “psicosomática”, sino que, siguiendo a Weizsaecker, Chiozza señala que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal, lo cual no presupone que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático está dotada de sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico posee un aspecto corporal. Este investigador denominó “fantasía específica” a la relación unívoca existente entre ambas realidades, somática y psíquica. La investigación de los significados inconcientes en las distintas enfermedades somáticas revela que cada una de ellas “oculta” una historia propia, específica, típica y universal que difiere de las otras, tanto como difieren entre sí los trastornos que la medicina ha logrado tipificar.

Se podría sintetizar lo antedicho en los siguientes puntos:

- Interpretar el significado de un síntoma no implica postular una causa
- La existencia psíquica, y con ella el terreno de los significados, constituye una realidad tan primaria como la realidad material que constituye el mundo en el cual rigen las leyes de la ciencia física. Se trata de una realidad “histórica”, cuya organización conceptual, como la de la física, se rige por sus propias leyes y posee sus propios derechos.
- Del mismo modo que la comprensión del significado inconciente inherente a un determinado trastorno corporal no excluye la posibilidad de explicarlo como el efecto de una determinada causa, la percepción de una causa eficiente no excluye la posibilidad de interpretar el significado inconciente específico de un determinado trastorno.
- Del mismo modo que la imposibilidad de explicar una causa eficiente no implica haber demostrado su ausencia, la imposibilidad de comprender un significado inherente no implica haber demostrado su ausencia.
- Cuando se admite que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconciente, se admite también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

En el modelo que Chiozza desarrolla, el modo particular, somático, del enfermar deviene resultado de una particular tramitación del afecto comprometido en el conflicto. Plantea, siguiendo a Freud, que en el aparato psíquico “lo único que paga derecho de aduana” son los afectos, es decir, son aquello que importa y deben ser restringidos en su tránsito hacia la conciencia. Junto a las modalidades neuróticas y psicóticas de “ocultarlos”, Chiozza describe otra forma que denomina “desestructuración patosomática del afecto”.

Los afectos, dice Chiozza, sustentándose en Freud, arraigan en lo inconciente en calidad de “estructuras disposicionales”, “claves de inervación”, que, al ser actualizadas devienen en la expresión “coherente” del afecto de que se trate. Puede suceder que para evitar el desarrollo de un afecto displicente y su consecuente emergencia en la conciencia, la investidura completa recaiga en un aspecto parcial de la mencionada clave, descomponiendo consecuentemente dicha coherencia y por lo tanto la “figura”, que el afecto rechazado, de no haber sido desestructurado, debía haber representado. Ese aspecto sobreinvertido aparecerá en la conciencia como una “alteración somática”, una enfermedad orgánica, despojada del sentido afectivo originario.

Cabe agregar también que en la consideración de Freud que Chiozza retoma, los afectos son “ataques histéricos universales y congénitos”, es decir, residuos de situaciones ancestrales vividas “realmente” por la humanidad primitiva y que, en su momento, se enlazaban a acontecimientos dramáticos, plenos de sentido; eran, en consecuencia, acciones justificadas. Cuando, entonces, en nuestras vidas, nos convoca una situación dramática, revivimos en ella una temática ancestral y la reactualizamos a través del afecto que otrora fue “un acto necesario y valedero”.

En la tarea de trazar un encuadre teórico para la psicosomática, Chiozza parte de la metapsicología de

los afectos. Freud sostenía que el verdadero motivo de la represión era el de impedir el desarrollo de un afecto que generaría placer en un sistema y displacer en el otro. En el caso de las neurosis la transacción se logra desplazando al afecto de una a otra representación; en el caso de las psicosis se altera el juicio de realidad a los fines de substituir un afecto por otro. Tanto en las neurosis como en las psicosis, los afectos que se descargan son siempre reconocidos como tales por la conciencia, porque continúan manteniendo la coherencia de la clave de inervación. De modo que cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de la clave es posible reconocerlo como una determinada emoción.

La teoría que propone Chiozza surge, entonces, de considerar que el desplazamiento puede transcurrir “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, sobrecargando alguno de sus elementos en detrimento de otros. Cuando ocurre esta deformación “patosomática” de un afecto (por ejemplo el de tristeza-llanto), se pierde la conciencia de su significado afectivo, o sea, la conciencia ya no percibe una emoción y el afecto deformado pasa a ser categorizado como un síntoma somático (epífora en el ejemplo citado),¹⁰ precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno, permanece inconciente.

La descomposición patosomática del afecto no nace de una discapacidad a priori del aparato anímico, sino que, así como se describen los núcleos “neurótico” y “psicótico” de la personalidad, Chiozza señala la existencia de un “núcleo patosomático” constituido por el conjunto de afectos “descompuestos”.

TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

Así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico, y una psicoterapia mayor, que requiere la presencia del especialista. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños o de enfermos psicóticos, requiere asimismo de un encuadre y un procedimiento psicoanalítico llevados a cabo por un profesional con una adecuada comprensión del lenguaje de órganos implícito en la enfermedad somática. Pero a pesar de dicha formación puede, al hallarse frente a la emergencia de una enfermedad que exige una resolución inmediata, necesitar una intervención inmediata para la protección de su paciente. Chiozza y su equipo de investigadores diseñaron el Estudio Patobiográfico cuya finalidad específica consiste en incluir, en el tratamiento del enfermo, aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, como meta inmediata, actuar sobre la enfermedad somática en el “tiempo corto” que marca la necesidad. De este modo el psicoanálisis “longitudinal” puede mantenerse libre de la responsabilidad y del deseo de cuidar el destino de una complicación somática.¹² Podemos decir que este Estudio es un procedimiento “transversal”, no sólo porque se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, que consiste en influir sobre el curso de una enfermedad somática, sino porque lo hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo interdisciplinario, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente. Dicho Estudio Patobiográfico¹³ tiene como meta obtener un cambio en la significación de una historia, lo cual equivale a una resignificación de los hechos, y está diseñado para obtener una experiencia emocional mutativa en el corto tiempo que la necesidad impone.

El “material” que durante la realización del Estudio Patobiográfico será objeto de la interpretación psicoanalítica se constituye, fundamentalmente, a partir de 4 fuentes:

1. Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática.
2. Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta.
3. Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de las personas allegadas que considera más significativas. Además el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños y narrar una película cinematográfica y una novela libremente elegidas.
4. La observación del paciente y del vínculo que establece con el equipo que realiza el Estudio, durante las entrevistas.

Una vez reunido y procesado el material, que consta de una historia clínica tradicional, más una parte biográfica que ocupa unas 30 o 40 páginas dactilografiadas, deberá ser estudiado por un grupo de psicoanalistas para establecer las conclusiones que se comunicarán al paciente en las dos entrevistas finales. Estas entrevistas apuntan a dos objetivos coincidentes: una orientación terapéutica en cuyo criterio interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un esclarecimiento acerca de la relación inconsciente que existe entre la enfermedad por la cual el enfermo consulta y el drama, más o menos oculto, que se encuentra en su historia.

El Estudio Patobiográfico, que se substancia en el plazo aproximado de unos 40 días, progresa desde las distintas fuentes para converger en un procedimiento interpretativo que podemos describir esquemáticamente en cinco parámetros:

a. Identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar unidad a la biografía del paciente. En el desarrollo de ese “argumento” se deben ubicar los distintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar en cada uno de ellos como versión de los personajes de su infancia.

b. Ubicar el “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida e identificar el “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado.

c. Comprender cuál es la “parte” que el trastorno “habla” dentro del drama nodal que ha entrado en crisis.

d. Encontrar los motivos por los cuales no puede soportar esa historia, para lograr que la interpretación del drama que se hallaba encubierto, permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto.

e. Re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que el conflicto de significados contradictorios que sostiene su enfermedad, incluido en una unidad de sentido trascendente y más amplia, adquiera la forma de un malentendido (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario). En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo.

<http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/dinamica-6/tema-11.htm>

Volver a Bodyreaders

Volver a Newsletter 14-ex-40