

EL FENOMENO PSICOSOMATICO

Por:

Simon, María Justa
Y
Muguruza, Carina Verónica

Monografía presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, como requisito para obtener el grado de Licenciadas en Psicología.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
C. E. N.

Supervisora: Lic. Beatriz Markis.

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
h-108	<i>Justa</i>
	N° INVENTARIO:
	11350

Cátedra de radicación: Seminario " El cuerpo y su incidencia en los fenómenos de la clínica"

**ANTEPROYECTO
DE
INVESTIGACION**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDO: HUGOROZA CABINA Y SIMON MARIA JUSTA

MATRICULA Y AÑO: 1869/90 y 2864/93 RESPECTIVAMENTE.

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION: EL CUERPO Y SU INCIDENCIA EN LA CLINICA

SUPERVISOR: BEATRIZ MARRIS CO-SUPERVISOR:

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:
SI.....NO

TITULO DEL PROYECTO: EL FENOMENO PSICOSOMATICO

PALABRAS CLAVE (hasta cinco): PSICOSOMATICO - PSIQUISMO - CUERPO -
SIMBOLISMO - ANGSTIA

DESCRIPCION RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120 palabras, escrito a máquina o P.C. y luego pegado):

El presente trabajo de investigación se fundamenta como una indagación
científica en el campo de la psicología. En los parámetros de la
investigación se ha considerado el cuerpo humano como un
sistema biológico y psicológico que interactúa con el medio
ambiente. El cuerpo humano es un sistema complejo que
presenta una gran capacidad de adaptación y de
resistencia. El cuerpo humano es un sistema que
presenta una gran capacidad de adaptación y de
resistencia. El cuerpo humano es un sistema que
presenta una gran capacidad de adaptación y de
resistencia.

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la Investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa):

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA Y EXPLICATIVA:

MÉTODOS Y TÉCNICAS (Fuentes, procedimientos y análisis de datos):

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUGAR DONDE REALIZARA EL TRABAJO:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA:

- FREUD, LACAN, LIBERMAN, MILLER, A SABER:
- MAS ALLA DEL PRINCIPIO DE PLACER. FREUD S. ED. BIBLIOTECA NUEVA. O.E.T.I.
- OBSERVACIONES PSICOANALITICAS Y CONSIDERACIONES METAPSICOLÓGICAS ACERCA DEL PACIENTE SOBREADAPTADO QUE SOMATIZA. LIBERMAN. D. DEL CUERPO AL SIMBOLO. CAP. I. EDIT. TRIEB.
- PSICOANÁLISIS Y MEDICINA. LACAN, J. INTERVENCIONES Y TEXTOS I. ED. MANANTIAL.
- CONFERENCIAS EN GINEBRA SOBRE EL SINTOMA. LACAN, J. INTERVENCIONES Y TEXTOS I. ED. MANANTIAL.

Bertriz Markis
BERTRIZ MARKIS

Firma Supervisor

Angela Simón
Firma Co-Supervisor

Firma del Alumno

Comite de Investigación

Comite de Investigación

2/2

FECHA CONFORMIDAD:

19/04/00

INDICE

Página aprobación de la supervisora.....	J
Página de advertencia.....	II
Página aprobación del comité científico.....	III
Introducción	1
Capítulo 1.....	2
Capítulo 2.....	9
Capítulo 3.....	21
Capítulo 4.....	28
Capítulo 5.....	30
Consideraciones finales.....	38
Bibliografía	39

La supervisora del presente trabajo aprueba los contenidos del mismo, siendo éste redactado por las alumnas:

Simon, María Justa
Y
Muguruza, Carina Verónica



Firma de la supervisora.

BEATRIZ MARKIS
PC 1000 1000 1000
BAT. PROG. 10017

Aclaración de firma.

Esta Monografía es propiedad de las alumnas Simon, María Justa y Muguruza, Carina Verónica, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicada en todo o en parte, o resumirse sin el consentimiento escrito de las autoras.

Monografía aprobada por el comité científico de la Facultad de Psicología

Firma y aclaración.

Firma y aclaración.

Firma y aclaración.

Fecha: Mayo de 2001.

INTRODUCCION.

La finalidad de este trabajo es indagar acerca del fenómeno psicossomático desde las distintas escuelas psicológicas y diferentes líneas teóricas dentro del Psicoanálisis.

Dada la diversidad de enfoques elegimos situarnos en los siguientes: Gestalt, corriente sistémica y autores psicoanalíticos como: Liberman, Zukerfeld y otros que siguieron las conceptualizaciones de Lacan: Zuberman, Heinrich, Levy y Soler.

Partimos del concepto previo que considera al fenómeno psicossomático como una alteración orgánica o somática cuyo origen es psíquico y desde aquí a través de una investigación bibliográfica nos proponemos ampliar dicho concepto.

CAPITULO 1

Los principios de la terapia gestalt

Comenzaremos por comentar lo que Celedonio Castanedo Secadas narra en su libro, titulado Terapia Gestalt, acerca de los aspectos fundamentales de la teoría de la Gestalt y su aplicación en la terapia.

Para ello cita a uno de los más destacados exponentes de la mencionada escuela: Fritz Perls.

Desde el punto de vista de Perls la Terapia Gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades o por dos elementos del proceso psicológico.

Conflicto que puede ser de naturaleza interna al individuo (intrapsíquico), o puede manifestarse en la relación interpersonal entre dos personas (interpsíquico).

Con independencia de su localización el tratamiento consiste en la confrontación entre los elementos incongruentes o bipolares de la personalidad o de la relación interpersonal.

Este enfoque centra la atención en la conducta presente y exige la participación activa del terapeuta.

Perls fue influido por cinco tradiciones: Psicoanálisis, Análisis del carácter de Reich, Filosofía existencial, Psicología Gestalt y Religión oriental.

En la terapia gestalt el cliente aprende a utilizar el "darse cuenta" (awareness) de sí mismo, como un organismo total que es.

Así obtiene el desarrollo óptimo de su personalidad, dándose soporte a sí mismo.

En todas las situaciones que se refieren tanto a la persona "psicológica" como a la persona "fisiológica", la Terapia Gestalt enfatiza la unidad o integración como un elemento esencial de esas dos partes inseparables del individuo. Se cree que el principio de dividir mente y cuerpo es una de las características que hacen vulnerables a la psiquiatría y la psicoterapia tradicional.

La doctrina holística emerge en respuesta a la falacia de algunas teorías que afirmaban que solamente es importante el cuerpo o la mente, siendo los dos una expresión del concepto de "campo" de la Terapia Gestalt.

En consecuencia, la persona equilibrada dirige sus esfuerzos a concentrarse en una necesidad dominante, emergente, sea esta necesidad física o psicológica en sus manifestaciones.

Tal como Perls enfatiza, el desplazamiento del dolor del lugar al cual pertenece hacia donde es sentido, significa un ajuste psicológico neurótico.

En este modelo terapéutico no se utilizan los conceptos consciente e inconsciente. Se habla de consciencia en términos de inteligencia consciente y de consciente psicofísico; ambos pueden ser conscientes.

La Terapia Gestalt responde a la consciencia psicofísica y no respeta la consciencia de la inteligencia, cuando esta última funciona independiente de la primera. Cuando estas dos consciencias se encuentran separadas, el terapeuta escucha a la consciencia de la inteligencia con un oído, mientras con el otro busca el mensaje de la conducta psicofísica.

Parte del trabajo del terapeuta reside en integrar la consciencia de la inteligencia y la consciencia psicofísica, cuando éstas se encuentran desintegradas una de otra.

La Terapia Gestalt se distingue de otros enfoques de psicoterapia especialmente por la diferencia que establece entre consciencia y experiencia.

En la práctica esta diferenciación exige la expresión activa de lo que uno es y no la mera descripción de lo que uno es. "Me siento triste" no se acepta en Terapia Gestalt porque significa consciencia y no es experiencia. Vivir la tristeza lo más intensamente posible es el objetivo de la Terapia Gestalt. Sólo así podemos lograr cambios cualitativos en el cliente.

Este modelo divide la evolución de la personalidad en tres fases: social, psicofísica y espiritual. Estas tres partes forman un continuo y son divididas únicamente a efectos de llegar a una mejor comprensión de las mismas.

Las tres existen en una persona desde su nacimiento, son su potencial innato. Funcionan como tres cajas chinas, cada una de ellas encaja en las otras dos. Lo social "encaja" perfectamente en lo psicofísico y lo psicofísico se ajusta con lo espiritual. El estadio psicofísico, caracterizado por la toma de consciencia de

la propia persona (uno mismo), se describe en términos de la personalidad y se divide en tres componentes: el self, la imagen del self, y el ser. Estos tres componentes representan la construcción tripartita conocida como la personalidad.

En ciertos momentos, Perls llega a admitir ciertos principios del psicoanálisis; en otras épocas los critica. Por ejemplo, el pasado no existe más que en relación con el presente o por las huellas que deja en él; lo que cuenta para él no es el contenido del material reprimido, sino el proceso mismo de reprimir, el cómo se reprime y no el por qué se reprime, para este autor, como para Bruno Bettelheim, los síntomas y las resistencias son un indicio de una energía que se necesita reincorporar en el organismo en forma positiva.

En lo que se refiere al Análisis caracterial para Perls como para Reich, toda resistencia se encuentra integrada en el cuerpo. En consecuencia, cuando el psicólogo aplica la psicoterapia debe trabajar directamente con el cuerpo de su cliente, con el fin de relajar sus tensiones musculares.

Entre las influencias de la corriente filosófica existencial, la Terapia Gestalt toma como filosofía de base en su enfoque el momento presente del ser existencial, el concepto del aquí y ahora. Por otra parte, considera que el proceso terapéutico es el encuentro privilegiado que tiene lugar entre dos seres: el cliente y el terapeuta, encuentro en el que los dos se implican tomando cada uno de ellos sus propias responsabilidades.

Además la Terapia Gestalt ha sido influida por el Taoísmo, filosofía oriental del Zen. Uno de los principios que Perls practicó de esta filosofía fue el concepto paradójico del cambio: *yo soy lo que soy, y para cambiar es necesario que antes que nada yo sea lo que soy.*

Perls estudió la Teoría de la Forma de la escuela alemana, relacionada ésta a su vez con la Teoría de la Percepción (Wertheimer, Köhler, Koffka, Lewin, Goldstein).

Gestalt es un término alemán que significa dos cosas a la vez: forma y estructura.

Percibimos cosas, elementos que van a tomar una forma o figura específica sobre un fondo; este último también único. Todo ello es percibido en función de nuestros intereses y de nuestras necesidades en ese preciso momento.

Cuando en ese preciso momento. Cuando en ese contexto el interés y la excitación desaparecen, las formas o las figuras se desaparecen, las formas o las figuras se pierden en el fondo. Así la figura y fondo llegan a tomar posiciones indiferenciadas.

La noción de necesidad es primordial en psicoterapia. Cuando mencionamos necesidad nos referimos al mismo tiempo al organismo; hablamos de un organismo viviente que no podría existir y desarrollarse si no lograra satisfacer sus necesidades básicas. Ese organismo viviente que somos cuenta con un cuerpo, reacciones fisiológicas, gestos, actitudes, conductas, palabras, frases, lenguaje verbal y no verbal, pensamiento, memoria, imaginaciones, fantasías, un consciente y un inconsciente, etc. Todo ello incluido en un campo social determinado (medio ambiente) y pudiendo relacionarse, utilizando un conjunto de mensajes, con dicho campo social. El organismo es la suma de todos esos elementos, al mismo tiempo que es mucho más que su simple suma.

Cuando nuestro organismo siente una necesidad significa que algo le falta, que carece de algo; por lo tanto, se encuentra en desequilibrio. En tal situación de carencia el proceso consiste en sentir lo que nos falta, identificarlo (tomar conciencia) y encontrar después los medios para satisfacer dicha carencia.

Así se vuelve a la situación de equilibrio. Este es el proceso que se pone en funcionamiento cuando se tiene "hambre": algunos alimentos que se consumen para llenar la necesidad, una vez saboreados, masticados y tragados van a ser asimilados por el organismo; otros van a ser expulsados. Una vez reestablecido el equilibrio, la energía utilizada o requerida para luchar contra la sensación de hambre, podrá ser empleada en otra actividad diferente.

El mismo proceso del hambre se produce en todos los planos de nuestra existencia: corporal, afectivo, psicológico, espiritual.

Desde el comienzo de nuestra vida todos hemos conocido diferentes necesidades a todos los niveles. Algunas han sido satisfechas, lo que ha permitido a nuestro organismo desarrollarse (física y psíquicamente). Otras no lo han sido, entre éstas algunas pueden estar aún presentes en nuestra mente, lo que hace que una parte de nuestra energía sea utilizada para tratar de satisfacerlas o bien para evitar actualizar la situación.

Otras necesidades han sido olvidadas, reprimidas; continúan ejerciendo presión sobre nuestro comportamiento y sobre nuestra forma de ser en el mundo a pesar nuestro.

El objetivo de la Terapia Gestalt es que esas necesidades aparezcan a nivel consciente en el campo perceptual del individuo; ello se logra trabajando con las emociones que surgen cuando aparece este conjunto de cosas olvidadas que sin embargo aún están activas. Se necesita que todas estas cosas olvidadas o asuntos inconclusos retomen su forma específica en la totalidad del organismo (cuerpo, emoción, mente). Este es el significado de la Terapia Gestalt: tomar conciencia, darse cuenta de las necesidades, identificarlas, revivirlas emocionalmente y por fin cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento. Lo que significa terminar de una vez para siempre lo que Perls llama "asuntos inconclusos". En estas situaciones el organismo se siente implicado en su totalidad, razón por la cual el proceso psicoterapéutico debe vivirse en el aquí y ahora.

El síntoma puede definirse como un signo evidente de una gestalt incompleta, o de un conjunto de gestalten inacabadas, es decir un conjunto de insatisfacciones que han conducido a conflictos psicológicos debido a las necesidades no satisfechas. Para satisfacer las necesidades se requieren, en primer lugar, conocerlas e identificarlas. No hay que confundir las necesidades fundamentales, vitales y existenciales, con las necesidades pequeñas y múltiples, ni tampoco con las falsas necesidades que provienen de una sociedad de consumo.

En Terapia Gestalt aquello que consideramos como necesidades fundamentales se encuentra relacionado con la expresión de las emociones básicas: amor, odio, agresividad, cariño, cólera, rabia, alegría, tristeza, desesperación, etc.

Las emociones no pueden existir ni expresarse sino en relación directa con el otro o los otros, esto es, en relación directa con el medio. Para llegar a tal manifestación de las emociones se requiere antes que nada tomar contacto con el propio self y solamente después tomar contacto con los otros.

El contacto es un concepto básico en la Terapia Gestalt: entrar en contacto con. Significa entrar en contacto con el propio cuerpo, con la propia respiración,

con las actitudes corporales e incluso con las contracciones musculares. Todo ello se conoce como el fenómeno de centración; cuando el individuo está centrado sobre el self y su organismo. Centración es una postura mental que proviene de la filosofía oriental; consiste en estar alerta de sí mismo, dejando ir el organismo, sin empujarlo ni frenarlo.

Sólo nuestro organismo conoce sus necesidades y solamente él puede encontrar la forma de satisfacerlas. Esta postura mental de meditación nos devuelve a nuestro propio centro, al centro de nuestra existencia.

En cuanto a los mecanismos defensivos, Perls habla entre ellos de la *retroflección*. Retroflectar significa "volver la hostilidad contra sí mismo". En la automutación, el individuo al golpearse dirige la agresión hacia sí mismo, cuando tendría que dirigirla hacia la causa que originó la frustración o la rabia.

Perls dice que la retroflección se produce cuando un individuo se hace a sí mismo lo que ha hecho o ha intentado hacer o desearía hacer a otras personas u objetos. En tales situaciones la persona dirige su energía hacia sí misma. Así, algunas veces un participante de un grupo de encuentro comienza a llorar en lugar de confrontarse a otro miembro del grupo. Esta es una forma de auto-dirigirse la agresión, en lugar de manifestar lo que se siente en el momento en que este sentimiento aparece y hacérselo saber a la persona adecuada o a aquella que provoca un tal sentimiento o emoción.

Este mecanismo es frecuentemente utilizado por personas que padecen trastornos psicósomáticos (asma, úlcera: devorarse el estómago) y aquellas que tienen tendencia a la depresión.

En la que se refiere a estas últimas, Zinker indica:

"La persona deprimida retroflecciona su expresión, temerosa de manifestar insatisfacción o ira con sus 'seres queridos'. En vez de ello, deja que la crítica, rebotando en los demás, penetre en su propio ser, de modo que éste sufre sus propias críticas, insatisfacciones e iras.

En vez de nutrirse de la energía del mundo, socava la suya propia."

Situando al individuo en el ciclo vital de la vida, Zinker dice:

"La persona que retrofecta está bloqueada, en el ciclo de la experiencia, entre la movilización de su energía y la acción. Dicho individuo 'se hace a sí mismo'

lo que debería hacer a su ambiente. Por ejemplo, se devora a sí mismo el estómago (de lo cual resulta una úlcera), alimentándose a sí mismo, en vez de alimentarse de la energía disponible en su ambiente."

CAPITULO 2

Una lectura sistémica

A continuación enunciaremos los conceptos desarrollados por Luigi Onnis en su obra titulada "Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos". Aquí el autor explica el fenómeno psicosomático desde la teoría sistémica.

Onnis afirma que muchos de los modelos que se han aplicado a la psicosomática han terminado por proponer nuevamente escisiones y separaciones en el plano metodológico y operativo.

He ahí por qué en el plano del método, tanto interpretativo como operativo, hoy parece más útil sustituir los modelos lineales por otros modelos de causalidad circular que, subrayando la importancia de las correlaciones recíprocas entre diferentes componentes, biológicos, psicológicos y sociales, puedan satisfacer en mayor grado las exigencias de integración circunstanciales a los fenómenos psicosomáticos.

El objetivo fundamental que el modelo lleva en sí es, no tanto el estudio de las partes aisladas de un fenómeno, sino más bien la búsqueda de las "conexiones" entre ellas, en la convicción de que cada uno puede recibir su fisonomía real y su pleno sentido sólo en el seno de las interacciones recíprocas.

En el trabajo terapéutico y de investigación realizada en todos estos años con las familias de pacientes con perturbaciones psicosomáticas, pudimos verificar, siguiendo una orientación sistémica, que también el síntoma psicosomático se hace decodificable y comprensible en su manifestación y en su estabilización, si se tiene la posibilidad de observarlo en el contexto en que aparece. Es decir, el síntoma digamos, reúne en sí, recompone, sintetiza el sentido comunicativo del contexto de comunicación y de relación en el que aparece, de sus características y de sus reglas. Por eso, ese sentido es descifrable sólo dentro de tal contexto, que comienza por aquel en el que el paciente participa más directa e inmediatamente, es decir, su familia.

Una aproximación sistémica con este planteamiento representa sin duda, un desafío a nuestra experiencia cotidiana, porque la unidad psicológica

observable ya no es el individuo, sino el individuo en sus contextos sociales significativos.

En consecuencia, el uso del modelo sistémico implica un cambio en el campo de observación y también en el campo de los criterios de intervención. El foco se traslada de los individuos a los sistemas que los comprenden y a las situaciones en las que participan. Abrir y ofrecer puntos de partida para que pueda ser aceptado el desafío es uno de los fines esenciales de este libro.

Dice Minuchin: *"Cuando una familia se presenta por primera vez a una terapia, su modo de ubicarse puede dar indicaciones sobre alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento. Por eso, la disposición de la familia en el espacio proporciona ya una primera representación metafórica de la estructura del sistema familiar."*

Los niños responden a las tensiones que obran sobre la familia.

Todas las historias que hemos relatado fueron presentadas a propósito con un doble título, ya que todas se prestan a una doble lectura: la primera es la que centra la atención sólo sobre el paciente y su síntoma, la segunda es la que se hace posible cuando el niño enfermo es ubicado y observado en el interior del contexto natural en el que vive, comenzando por su familia.

Bajo este aspecto las tres historias tienen un punto fundamental en común: privilegiando la segunda lectura, intentan aclarar, descifrar el significado del síntoma psicossomático del paciente, insertándolo en la red de relaciones que lo liga a los demás miembros de la familia y considerándolo como parte de esta red. La cosecha de preciosas informaciones que nos permite este tipo de observaciones nos induce a preguntar, a posteriori, que hubiéramos podido deducir del asma crónica de Marina, de la prolongada enuresis de Pedro, de la rebelde diabetes de Dedé, si no hubiéramos podido ver a Marina, a Pedro y a Dedé interactuar recíprocamente con los componentes de las familias respectivas y no hubiéramos podido comprender las modalidades particulares, las reglas que gobiernan esta interacción.

Observando dentro del contexto de relaciones y de comunicaciones en el que se manifiesta, el síntoma psicossomático se convierte él mismo en un comportamiento comunicativo, ya que está inserto en una secuencia de comunicaciones de la que participa, uniformándose a las reglas comunicativas

de la familia y reforzándolas. Por eso puede afirmarse que en este contexto, el cuerpo del paciente comunica en el sentido literal del término: justamente porque el mensaje que proviene de él a través del síntoma es puesto en circulación dentro de los canales comunicativos familiares, influyendo sobre ellos y resultando, a su vez, circularmente influido.

En los tres casos, lo que está sobretodo en juego es el modo en que se comporta y comunica la familia respectiva. Significa, en cambio, evidenciar, como lo demuestra la experiencia clínica, que el dato biológico no basta por sí solo para dar razón de toda la realidad del fenómeno: es decir, no explica la persistencia crónica del asma de Marina, el prolongamiento en el tiempo de la enuresis de Pedro, la resistencia al tratamiento de la diabetes de Dedé. Evidentemente el factor biológico no contiene ni puede contener toda la verdad de lo que sucede. Se descubre poco a poco cuando, ampliando el campo de observación se logra evidenciar la compleja trama de correlaciones simultáneas que ligan al dato biológico no sólo con influencias emocionales provenientes del ambiente familiar sino, además con un modelo de interacción familiar con un estilo comunicativo del cual se vuelve copartícipe. Las perturbaciones psicósomáticas, dice Jackson pueden ser adaptativas incluso apropiadas si se las ve en el interior de un sistema en el cual el individuo forma parte, sistema que para él tiene una importancia vital.

De esta manera, el síntoma psicósomático adquiere el valor de metáfora en la que el fenómeno corporal no sólo se enriquece con valencias emocionales sino que sintetiza en sí mismo y refuerza los rígidos módulos interactivos del sistema interpersonal en el que aparece. He allí porque el desorden psicósomático sólo puede ser comprendido dentro de ese contexto interactivo y comunicativo de esa experiencia de convivencia y de relaciones: en ese contexto el dato biológico sin perder su especificidad puede correlacionarse con los otros componentes en juego: emotivos e interpersonales y el síntoma psicósomático puede releerse con mayor plenitud de significados a la luz de las relaciones que unen circularmente a los diferentes miembros del sistema.

Re-leer quiere decir, justamente, experimentar una lectura diferente pero también, no contentarse con las simplificaciones de la lectura tradicional e intentar ir más allá en el camino de la comprensión. El modelo sistémico

representa un intento en este sentido y propone, ante todo, un modo diferente de observar.

Las investigaciones de Minuchin y Selvini Palazzoli

La visión sistémica de la familia con pacientes psicósomáticos está por otra parte confirmada por algunas investigaciones importantes, de las que mencionaremos sobre todo, aunque brevemente, dos: la de Minuchin y la de Palazzoli.

Minuchin en una fase precedente y distinta del tratamiento terapéutico, estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicósomáticas. Este estudio permitió documentar que, independientemente del síntoma psicósomático presentado, el sistema familiar revelaba modelos organizativos e interactivos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características disfuncionales son cuatro:

- 1- Aglutinamiento: los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles con la consiguiente confusión de roles y de funciones.
- 2- Sobreprotección: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud e interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.
- 3- Rigidez: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente: niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son particularmente escasas y la

familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

- 4- Evitación del conflicto: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto el paciente juega un rol central y vital. No es raro, incluso durante la entrevista, observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares.

La exposición de las características disfuncionales de las familias con pacientes psicósomáticos, tal como surge de la investigación de Minuchin, no es sólo descriptiva, ni en las intenciones, ni en la concepción del autor. Sirve, por el contrario, para documentar una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma psicósomático a cargo de uno de sus miembros, pero éste a su vez y por un mecanismo circular y feed-back, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico.

Palazzoli llega a conclusiones análogas a través del estudio de doce familias con pacientes anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, que agrupa en las siguientes reglas fundamentales:

- ✓ Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido, ya sea a nivel de relación) con una elevada frecuencia.
- ✓ Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.
- ✓ Está prohibida toda alianza abierta de dos contra uno tercero.
- ✓ Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

En lo que se refiere al síntoma, éste aparece específicamente adecuado a la modalidad interactiva prevalente en la familia: Al respecto dice Selvini:

“Resulta sugestivo que en un sistema en el cual cualquier comunicación tiene tan alta probabilidad de provocar un rechazo, el rechazo del alimento aparezca como una modalidad extrema perfectamente a tono con el estilo dominante del sistema.”

Y no sólo eso, sino que el síntoma se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema incluso respecto a la definición de la relación. En una situación en la que los padres continúan definiendo la relación con la hija en términos de alimentadores y alimentada (negándole implícitamente las exigencias de autonomía) la hija responde, según las reglas del rechazo, definiendo la relación de manera opuesta, a decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, que le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición de la relación. Pero en realidad de este modo ella no hace más que perpetuar las reglas del juego relacional en acción entre los miembros de la familia: una vez más el síntoma se muestra cooperando para el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema.

Por qué una lectura sistémica.

El árbol de Bateson.

Este autor tenía la costumbre de proponer a sus alumnos el análisis de una secuencia aparentemente simple: la que representa el movimiento de un leñador que trata de abatir un árbol con su hacha. Si el punto de partida de la secuencia es el leñador, se puede suponer que de su mente parte un impulso que, moviendo el brazo, guía el hacha para que ésta produzca sobre el tronco del árbol una muesca determinada, pero si, por extraño que pueda parecer, se invierte la secuencia y se toma como punto de partida el árbol, se podrá notar que la forma y la posición de cada muesca hecha en el tronco condiciona al próximo golpe del hacha obligándola a seguir una orientación y por lo tanto influye en la mente y el movimiento del leñador.

Esto significa que si no nos abandonamos a puntuaciones arbitrarias y no nos dejamos condicionar por la visión más obvia y llamativa de la secuencia, por lo cual la acción debe proceder necesariamente del leñador hacia el árbol, conseguimos captar también la acción o la información de retorno (retro-acción) que da al proceso las características de un proceso circular. El ejemplo es particularmente clarificador porque muestra cómo un fenómeno aparentemente tan simple puede ser leído en formas completamente distintas según el filtro de la lectura o de la óptica que se utilice.

Anteriormente hemos visto cómo el pasaje de una concepción de causalidad lineal a una circular permite no sólo colocar el problema en el contexto dentro del cual se manifiesta (en nuestro caso la enfermedad psicosomática en el contexto familiar), sino, sobre todo invertir una visión tradicional de las relaciones entre la familia y el paciente psicosomático, es decir, superar el concepto de familia nociva para descubrir en cambio que el paciente influye en él y en su enfermedad.

Puede ser considerado sistema cualquier grupo de personas (y la familia es sólo un ejemplo) que interaccionan entre sí y están comprometidas en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas. Por eso se puede considerar a una familia como un sistema interactivo gobernado por reglas, según la definición de Jackson. Por lo tanto, las reglas son modelos interactivos que caracterizan la organización de las relaciones entre los miembros de un sistema y por eso trascienden las cualidades de los miembros individuales y adquieren el significado de realidades del sistema.

La existencia de reglas de relación, debido a las cuales el sistema se configura como totalidad (o sea que no se lo puede reducir a la simple suma de sus partes), es de fundamental importancia para el propio sistema pues, en efecto, garantiza su estabilidad y equilibrio internos (homeostasis) sin el cual el sistema correría el riesgo de disgregarse. Pero junto a la tendencia homeostática hay otra función, aparentemente contradictoria, que caracteriza a los sistemas vivientes: la capacidad de transformación y de cambio. En situaciones normales, estas dos tendencias se equilibran con flexibilidad, es decir, que el sistema puede enfrentarse a procesos de evolución y de

crecimiento y ordenarse sobre niveles más maduros de equilibrio, que es, por eso, un equilibrio dinámico.

Pero en otros sistemas que podríamos definir como patológicos, una particular rigidez de las reglas impide cambios adecuados como respuesta a la aparición de nuevas exigencias evolutivas: en estos sistemas se verifica una tendencia a la cristalización de la propia organización interna y el equilibrio permanece bloqueado en una situación estática de homeostasis. Estos son los sistemas en los cuales aparecen con mayor facilidad o tienden a persistir manifestaciones sintomáticas. No es casual que frecuentemente se verifique la aparición de síntomas a cargo de uno de los miembros de la familia en situaciones en las que las presiones para que haya un cambio son particularmente fuertes, ya sea por influencias externas de cualquier naturaleza (traslados, cambios de trabajo o de condiciones económicas, etc.) o por exigencias internas relacionadas con el pasaje de una fase a la otra del ciclo vital de la familia. En efecto para afrontar este proceso de transición y crecimiento es necesario que la familia pueda renegociar sus propias reglas y reorganizarse de una forma que le permita adaptarse a las exigencias distintas que propone la nueva fase. Pero si la rigidez de las reglas es tal que no permite transformaciones, la aparición de un síntoma puede representar el precio extremo que el sistema está dispuesto a pagar, con tal de mantener su homeostasis sin modificaciones. Por lo tanto, el síntoma asume en esta concepción un doble y paradójico significado: es la expresión fenomenológicamente evidente en un miembro de la familia del sufrimiento de un sistema que no logra evolucionar hacia estadios más maduros de crecimiento y paralelamente es un refuerzo del statu quo.

Por lo tanto, en esta concepción sistémica cambia la valoración del síntoma, pues aunque éste, en su evidencia fenoménica se manifiesta en un miembro del sistema, en realidad ya no puede seguir siendo definido como atributo de un solo individuo, sino, más bien, como cualidad de todo el sistema. La verificación clínica más descollante de este enfoque conceptual viene dada por ese fenómeno que Jackson llamó migración del síntoma en ausencia de una reestructuración global del sistema familiar, la mejoría o la desaparición de la enfermedad en el paciente identificado puede ir acompañada por la aparición de un nuevo síntoma en el mismo paciente o en otro miembro de la familia.

Esto demuestra de la manera más clara que el síntoma es, sobre todo, función de la rigidez de la homeostasis sistémica.

El sistema es abierto:

El continuum desde lo biológico a lo socioambiental.

En esta visión sistémica el dato biológico encuentra su ubicación justa y es integrado a circuitos más articulados y complejos, pero sin retornos simplistas a concepciones lineales psicogenéticas o familiogenéticas. Ello es posible porque, en la concepción sistémica, todos los sistemas vivientes son abiertos, es decir, están en continuo intercambio de energía e informaciones con los sistemas más amplios circundantes en los que están comprendidos y esto permite la prefiguración de una jerarquía ordenada de sistemas circularmente interactuantes. Tres de estos sistemas vistos en su interinfluencia recíproca: el sistema psicobiológico individual, el sistema interpersonal familiar, el sistema socioambiental.

1- Sistema psicológico individual: en lo que respecta al aspecto biológico del síntoma, o sea a la fenomenología que presenta a través de la localización de un determinado órgano o aparato, es oportuno clasificar los desórdenes psicósomáticos en primarios y secundarios. En los primeros se puede verificar una disfunción biológica presente (por ejemplo un desequilibrio del metabolismo de los glúcidos en un paciente diabético) lo que Minuchin llama vulnerabilidad del niño, en los segundos, en cambio, no puede documentarse ninguna predisposición o alteración fisiopatológica de este tipo. En las perturbaciones primarias el elemento psicósomático consiste en la exacerbación emocional del síntoma ya existente (Así, escribe Minuchin, un niño diabético que tiene ataques recurrentes de cetoacidosis desencadenados por una excitación emotiva puede ser considerado un diabético psicósomático) en las perturbaciones secundarias el elemento psicósomático es evidente en la transformación de los conflictos emotivos en síntomas somáticos (éstos pueden estabilizarse en una enfermedad grave y debilitante como la anorexia mental). El estrés emocional puede provenir en ambos casos tanto del ambiente externo como del interior de la familia. Pero de todos modos, lo que juega un papel determinante en la

exacerbación y mantenimiento del síntoma, aún cuando se encuentre presente una alteración biológica de base, es el encuentro, la interacción circular, la recíproca adaptación entre el síntoma y una organización interactiva del sistema familiar cargada de tensiones emocionales no necesariamente manifiestas, la tendencia a perdurar del síntoma psicossomático puede atribuirse particularmente a la persistencia de esta interacción circular.

- 2- El sistema familiar: las características disfuncionales de la organización familiar fueron ampliamente descritas: están en relación de interinfluencia circular con el síntoma psicossomático, su aparición y persistencia. Por eso es mejor definir aquí esta relación de circularidad para darle su más pleno significado: así como el síntoma es activado o exaltado por los estreses emocionales relacionados con ciertos modelos de interacción familiar, también éstos son influidos, orientados, amplificados retroactivamente por la aparición de la enfermedad del paciente, es decir, que el síntoma no sólo obra como estabilizador de la homeostasis del sistema sino que, justamente por eso, condiciona y potencia ciertas características familiares, comenzando, por ejemplo, por la sobreprotección en respuesta a un inevitable requerimiento de protección por parte del paciente. Pero el problema sigue siendo el de no perder de vista la circularidad, es decir, verificar el modo en que esa familia, en ese momento de su historia y de su ciclo vital, interactúa con la aparición de la enfermedad de uno de sus miembros.
- 3- El sistema socioambiental: lo que debemos subrayar es que el mismo modo de organizarse de la familia es el producto histórico de un proceso que, en la relación circular y dialéctica con el ambiente macrosocial externo, se ha ido formando y continúa formándose. En efecto, en esta perspectiva tienen muy poco sentido los dualismos mente-cuerpo, consciente-inconsciente, naturaleza-cultura. Y el sistema Hombre se constituye finalmente como una unidad biopsicosocial integrada.

Según Bateson, por ejemplo, el cáncer se desarrolla en los sujetos que reaccionan frente a estreses intensos con mecanismos de defensa de tipo represión-negación que favorecen una regresión somática, no se manifiesta, en

análogas situaciones altamente estresantes, en los sujetos que utilizan mecanismos de defensa de tipo proyectivo, que favorecen en cambio una regresión conductual y por lo tanto, la aparición de una patología mental definida, de tipo psicótico. Por eso Bateson sostiene, según una concepción que denomina de complementariedad psicofisiológica que el cáncer aparece como una alternativa de la psicosis en el ámbito de un equilibrio psicofisiológico del organismo que funcionaría entonces como un mecanismo integrado en forma de balanza.

CAPITULO 3

La mirada psicoanalítica

La postura de Liberman.

Este autor en su libro "Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática", postula un nuevo enfoque de la enfermedad psicosomática: afirma que sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de una misma patología.

La sobreadaptación formal a las exigencias, sin cuestionamiento, unida al hecho de que estos pacientes constantemente estimulan a que los demás descarguen responsabilidades sobre ellos, es el primer vector y en el que recae el nódulo de la patología.

El segundo vector, la enfermedad en el cuerpo, es la "protesta somática" que denuncia la postergación a la que se ve sometido el self corporal y emocional.

El vector "sobreadaptación" es el aspecto central, que nos permite anticipar emergencias corporales aún en personas que nunca han tenido todavía síntomas psico-somáticos. Por eso, este aspecto adquiere un importante valor pronóstico.

La adaptación rígida a la realidad en la que se prestigia desmedidamente el Principio de realidad, pero dissociado y en oposición al Principio del placer, nos llevó a afirmar que estos pacientes "padecen de cordura". Su hipereficacia y capacidad de trabajo sin medida, que los ubican a los ojos de los demás con paradigmas de equilibrio y eficacia, es para esta perspectiva psicoanalítica expresión de la desconexión con sus necesidades y limitaciones.

Representa la parte psicótica de la personalidad, y asienta sobre una fantasía omnipotente de invulnerabilidad e inmortalidad, en la que no cabe la concepción de la vida como un proceso con etapas y un final ineludible.

La respuesta somática que irrumpe brusca y violentamente en el aparente bienestar físico y mental, constituye la ruptura de un equilibrio homeostático rígido e inadecuado para la preservación del futuro vital del paciente.

El síntoma orgánico, paradójicamente, aunque puede llegar a ser grave y poner en peligro la vida misma, es una señal de alarma que emite el cuerpo del

paciente, indicando el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad exterior.

Lieberman comenta que en la práctica se encuentra con que se evalúa de una manera diferente las habilidades que enorgullecen a los padres.

Dicen por ejemplo: "Qué inteligente, tan chiquito y ya se arregla solo!" "Entiende todo lo que se le dice, habla como una criatura mayor!" Lástima que de golpe le vino asma y lo atrasó por completo!"

Estos niños van a repetir en la vida adulta el sometimiento a ese ideal del yo de la tempranísima infancia, en los múltiples grupos en que desarrollen sus actividades.

Cuando padecen de alguna perturbación somática, inversamente al caso de los hipocondríacos, tienden a subestimarla. Si deben interrumpir sus actividades por un cuadro somático, rápidamente las reanudan.

Concurren al análisis por la insistencia de algún médico y también por un cierto interés intelectual, pensando que les resultará de utilidad para aumentar su rendimiento en el trabajo y perfeccionar la fachada de "persona que se sobrepone" a todas las contingencias, imagen que les preocupa conservar y mejorar.

La somatización en sí no es una desgracia o un fracaso como lo decodifican estas personas, sino un aviso: hay que revisar toda la organización de vida basada en una adaptación psicótica a la realidad, que tiene la apariencia de ser la más cuerda y exitosa y que se presta a ser racionalizada por paciente y analista.

Lieberman afirma que es una suerte que un adulto y más aún un niño haga un síntoma, porque es el anuncio de que "así no puede seguir más" y que el programa de vida al que se sometió hasta ese momento está forzándolo más allá de sus posibilidades. Por lo tanto el autor propone una evaluación nueva del síntoma diferente de la del paciente y su familia que buscan, en primer lugar, yugularlo.

El síntoma somático es una señal que denuncia una adaptación masiva a la realidad, tendiente a acortar el ciclo vital del sujeto.

Este síntoma contendría lo más "auténtico" del paciente. Es el equivalente de la señal de angustia y es la matriz desde donde podrá ir desarrollándose, en el

curso del proceso analítico, el registro de sensaciones, sentimientos y estados de ánimo, del que carecen.

Estos pacientes localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso neurovegetativo que pasa a convertirse en el medio de expresión privilegiado de los mismos.

Hay todo un área de su personalidad que se expresa con el código visceral.

El órgano enfermo, en el que se ubican relaciones objetales inconscientes, altera sus funciones y su estructura en distintos grados de patología, que implican toda una gama de riesgos vitales. Es, sin embargo, el paciente que menos se declara enfermo porque mantiene una relación de poca empatía y de poco cuidado con su cuerpo.

La elección del órgano corresponde a una disposición que está en relación con las series complementarias del paciente.

La visión de Zukerfeld:

Tercera tópica y vulnerabilidad psicosomática.

Entendemos por Tercera tópica freudiana la modificación del esquema último de 1933 consistente en:

- 1- Incorporación de una spaltung longitudinal, perpendicular a la barra represiva que sería la graficación del concepto freudiano de escisión de 1938.
- 2- Mantenimiento de la organización descrita en 1923 y en 1933 como un modo de funcionamiento graficado de la misma forma que lo hizo Freud, junto a otra organización que representa al inconsciente escindido en el que queda una parte variable de yo que consideramos yo ideal.
- 3- Incorporación de tres vectores que representan tres dinamismos:
 - a- Inferior: marcada en el extremo abierto del aparato cuyo tronco alude gráficamente a un momento inefable (biológico y/o transubjetivo) y traumático y a su doble derivación de acuerdo al principio del placer y al más allá del principio del placer freudiano. Implica siempre un componente pulsional que constituye el ello, parte del cual sufre la represión primaria y la fijación estructurando el inconsciente reprimido. Del ello yo debe advenir y ese yo es la porción más pequeña del Iceberg que deviene en yo de Realidad. Pero la parte derecha de ese mismo vector inferior quiere mostrar que simultáneamente con lo sintetizado arriba algo más sucede. Y ese algo más es una magnitud des-ligada de representaciones que la fijan.
 - b- Vertical: que grafica el funcionamiento narcisista repetitivo, homeostático y estable de la organización descrita. Representa de alguna manera los anhelos especulares del yo ideal y la circulación de identificaciones primarias. Desde el punto de vista económico es la expresión del intento nirvánico o explosivos.
 - c- Horizontal: que grafica los dos sentidos que puede adquirir el efecto barrido expandiendo una organización sobre la otra. De vaivén.

El aparato psíquico tendría dos modos de funcionamiento inevitablemente coexistentes sin relación transaccional y con una dinámica de barrido.

- a) Uno de ellos corresponde a una estructura edípica conflictiva (EEC) universal y común a todo sujeto hablante. Funciona de acuerdo al principio de placer-realidad freudiano constituyendo un discurso posible por la existencia de la represión a partir de la cual se producen los sueños, síntomas psiconeuróticos, actos fallidos, mecanismos del chiste y transferencias. Toda su producción simbólica es potencialmente descifrable de acuerdo a una metodología en la que se destacan la interpretación y la construcción descriptas por Freud. Implica un procesamiento de lo pulsional en clásico conflicto con la realidad y la constitución de un sistema preconscious , un sistema inconsciente y tres instancias a partir de la fijación de la pulsión a la representación (represión primaria). Parte de lo biológico y todos los contenidos intersubjetivos sufren el procesamiento de este modo de funcionamiento. Corresponde con bastante precisión al Teatro de lo prohibido. Su repertorio se compone, por tanto de unos textos verbales sumamente condensados que narran las tormentas y obstáculos de la odisea del deseo. Conservan en forma petrificada, el fruto de las teorías sexuales infantiles.
- b) El otro modo de funcionamiento corresponde a una estructura narcisista homeostática (ENH) universal y común a todo sujeto vivo. Funciona de acuerdo al más allá del principio del placer (la compulsión a la repetición) constituyendo un sistema de ligadura y de dinámica especular posible a partir de identificaciones primarias de las que dependen parte de los sentimientos de sí mismo, el pensamiento operatorio, los actos-síntomas y el aspecto sugestivo en su aspecto tanático. Implica una imposibilidad de procesamiento representacional manteniéndose un modo de funcionamiento en términos de carga y descarga a partir de la infabilidad de parte de lo biológico y de lo transubjetivo.
- c) Efecto barrido: la idea de barrido se refiere al movimiento hacia izquierda y hacia derecha en el modelo gráfico representado por c. Esto implicaría predominio de la ENH si se realiza hacia la izquierda del modelo representado. El sistema preconscious es así un territorio siempre compartido y siempre en combate mientras exista la vida. Normal y

necesariamente desmentimos, descargamos y duplicamos en la vida cotidiana sin que nuestra consciencia lo perciba.

Modo de funcionamiento psicossomático.

De acuerdo a lo presentado anteriormente utilizando el modelo de la tercera t6pica plantearemos aqu4 que lo llamado psicossomático es un modo del aparato ps4quico, universal, constante y coexistente con el que llamamos modo neur6tico y que corresponde a la dinámica de la estructura narcisista homeostática.

En este sentido la 6nica peculiaridad de la expresi6n psicopatol6gica llamada psicossomática ser4 la presencia del cuerpo alterado y su articulaci6n en el inconsciente escindido. Lo biol6gico no est4 aqu4 erogeneizado porque de hecho es parte de un modo de funcionamiento que necesita de la descarga para lograr una estabilidad lo m4s cercana a la ausencia de excitaci6n. En esta condici6n no se constituye un preconscious que como ya sealamos s6lo existe en la EEC. Es adem4s posible que en esta 6ltima existan fallas en la constituci6n del preconscious pero a mi entender la verdadera vulnerabilidad somática es la universal respuesta somática del modo narcisístico homeostático de funcionamiento.

La constituci6n, las primeras experiencias infantiles y los factores desencadenantes en su combinaci6n aleatoria no determinan cuadros psicopatol6gicos sino que establecen predominios parciales de modos de funcionamiento del aparato ps4quico.

La patolog4 se constituir4 de una manera altamente singular: "no hay enfermedades sino enfermos" y toda la patolog4 depende de dos modos de funcionamiento universales. Pero todas las formas para hablar de psicossomático como criterio nosol6gico se deben dar dos condiciones:

a)- El cuerpo alterado como parte de una estructura narcisista que funciona escindida del resto de la arquitectura ps4quica. En esta estructura el cuerpo queda excluido de significaci6n; el sentido es mantenerse estable subvirtiendo la necesidad biol6gica. Este es un aspecto importante porque un funcionamiento ps4quico de estas caracter4sticas explicar4 los datos cl4nicos observados en la alexitimia y la sobreadaptaci6n. Ambos est4n expresando en

distintos niveles a una intensa excitación biológica que no se cualifica y no se registra psíquicamente.

b)- Cuanto mayor es el sentido homeostático de la organización, mayores los fenómenos respectivos y menor la posibilidad de simbolización.

Lo que aquí se señala es que el modo de funcionamiento psicósomático se caracteriza por la existencia de sufrimiento corporal y este sufrimiento es parte de la trama de la estructura narcisista homeostática.

En el caso psicósomático la ENH conserva una cuota de sufrimiento que no es registrado primariamente pero que puede ser investida secundariamente.

Mc Dougall señala: *"El yo, siempre creativo, sigue intentando todavía dar sentido a sus catástrofes fisiológicas y 'explicar' el inexplicable soma. La enfermedad psicósomática se convierte en parte del discurso analítico"*

El problema capital del modo de funcionamiento psicósomático es el de la significación. Desde el punto de vista de la tercera tópica el problema de la simbolización se plantea de otra forma. La ED con su modo de procesar el conflicto psíquico produce símbolos potencialmente descifrables que están incorporados a un modo de funcionamiento que llamamos creador de significados.

Paralelamente y en sentido antagónico funciona el pensamiento operatorio que decatectiza representaciones y corre por tanto hace la imposibilidad metafórica, éste sería el punto de la "somatización".

Puede ser visto como un dinamismo desvitalizador de la imagen corporal, entendida ésta como una estructura con forma (gestalt), contenido (interiormente propioceptivo) y significados (zonas erógenas).

CAPITULO 4

Algunas reflexiones sobre lo indagado hasta el momento

Después de haber leído las posturas teóricas de las diferentes escuelas, nos surgieron algunos interrogantes:

- ¿Podemos hablar de fenómenos psicosomáticos o todas las enfermedades son psicosomáticas?
- ¿Existen manifestaciones somáticas o psíquicas puras?

No, ya que todas las escuelas que revisamos coinciden en postular que existe una relación entre el cuerpo y la mente, más allá de que expliquen esta relación de diferente manera.

En relación a la terapia gestalt pensamos que es un híbrido de las distintas teorías porque toma de ellas los conceptos nodales y los trata de manera superficial reciclándolos según su conveniencia.

Nos parece muy simple el modo de explicar los trastornos psicosomáticos a través del mecanismo defensivo de retroflexión.

A nuestro criterio el fenómeno psicosomático merece un tratamiento más profundo.

La postura de Liberman nos parece novedosa porque extiende el fenómeno psicosomático a la elección de un estilo de vida. Ve en el síntoma una manera de ser y hacer de la persona.

También nos parece innovadora la concepción del síntoma como señal de alarma y lo beneficioso de su ocurrencia.

Coincidimos con la perspectiva de la escuela sistémica en lo referente al abordaje del paciente con síntoma psicosomático como resultado de la interinfluencia de los sistemas psicobiológico individual, interpersonal familiar y socioambiental.

En cuanto a la propuesta de Zukerfeld sobre la tercera tópica, al comienzo nos resultó interesante la ubicación del fenómeno psicosomático en una de las dos formas de funcionamiento que coexisten en el aparato psíquico.

Pero luego notamos que el autor se iba alejando cada vez más de la teoría freudiana, para acercarse a la interdisciplina y terminar realizando un cuestionario autoadministrable para diagnosticar dicho fenómeno.

CAPITULO 5

Un salto cualitativo: el aporte de Lacan

La carencia de experiencia clínica dado el momento en el que nos encontramos- fin de la carrera, del cual este trabajo es su demostración- sólo nos posibilita algunas reflexiones que sintetizamos en torno a lo que los distintos docentes en la carrera nos fueron brindando desde las distintas líneas teóricas.

Creemos que cada una hace sus enfoques y subraya distintas parcialidades. De todos modos, nos parece importante agregar a lo ya expuesto algunos conceptos que otro enfoque psicoanalítico nos ha agregado y es el aporte de los conceptos de Lacan.

Como sus referencias al tema están incluidas a lo largo de toda su obra, hemos tomado las referencias de cuatro autores que siguiendo sus conceptualizaciones se refieren al tema.

José Zubermañ en un capítulo titulado "El síntoma histérico, el fenómeno psicósomático y el discurrir hipocondríaco" comienza expresando que el cuerpo del psicótico no le pertenece, es gozado por el Otro. Cuerpos insensibles, absolutamente entregados al goce del Otro.

El perverso, preso de otro modo del goce del Otro, utiliza su cuerpo para provocar la señal de angustia en el Otro. El perverso goza de hacer sufrir la incompletud de quien se muestra tan completo.

El neurótico que idealiza el goce del perverso es quien más se apropia de este cuerpo. El cuerpo del neurótico, fragmentado siempre, no tiene puntos equivalentes como sabe cualquiera que acarició o fue acariciado. No hay homogeneidad en el cuerpo del neurótico, no da lo mismo tocar allí que acá.

Descrito el lugar del cuerpo en lo que llamamos las tres grandes estructuras pasemos a considerar el cuerpo en tres expresiones clínicas que lo comprometen en su evolución: la histeria, el fenómeno psicósomático y la hipocondría, de los cuales sólo el primero es englobable en la estructura como neurosis.

El síntoma histérico se enlaza a la estructura deseante del sujeto y su goce lo excede. Las letras que lo constituyen son posibles de ser leídas. El análisis permite que la letra portada devenga letra leída y caiga así algo del goce del Otro, cuando se enlaza al significante en la asociación libre.

En el paciente psicossomático hay siempre registrado un lugar silencioso, un lugar que no habla, que no asocia, que no dice. Si la histérica habla por los codos para no decir eso que le concierne y guarda como un tesoro pero no se duda que lo deja oír a quien quiera escucharlo. No le es fácil decirlo pero algo del deseo, de lo simbólico del significante hará eco en el cuerpo que dará a leer lo que la conciencia quiere callar.

El silencio del psicossomático es de otra estructura. No se trata de la frase reprimida capaz de producir un síntoma. Es un significante holofraseando que se hace carne en un cuerpo sufriente. Significantes congelados, gelificados, encarnados en el cuerpo no son palabras caminando por los nervios. El cortocicuito significante es el responsable de la lesión que no habla. Si el significante representa a un sujeto para otro significante, esta lesión no es un significante. Es más un tatuaje que un significante. El tatuaje suple al significante que falta. El tatuaje va a representar al ser ante el otro. El será representado por ese tatuaje. Lo sitúa a la vista del grupo porque no es un significante. Será para toda la playa "el de la mariposa en la espalda", cosa que dice poco del sujeto barrado, del sujeto del significante pero lo sitúa ante el grupo. El eslabón del deseo se conserva allí, pero congelado en letra. No hay discurso psicossomático en tanto no hay significantes en juego.

El fenómeno psicossomático no habla, no entra como significante en la transferencia simbólica, no se escucha. Pero se registra como real.

Pasamos a hablar de que ocurre con esos pacientes que no pueden dejar de hablar de ese órgano que el médico dijo que está sano o no tiene nada.

La hipocondría es un estado de transición entre las reacciones de carácter histérico y los delirios psicóticos. Freud dice que la hipocondría coincide con la enfermedad orgánica en la distribución de la libido. Retrae el interés y la libido de los objetos del mundo exterior y concentra ambos sobre el órgano que le preocupa. No está enfermo y sin embargo aparece hinchado, congestionado, húmedo y constituye la sede de múltiples sensaciones. Esto enseña Freud

quien llama erogeneidad a la propiedad de todo órgano de adquirir valor fálico. Y concluye que la angustia hipocondríaca sería la contrapartida en la libido del yo de la angustia neurótica.

Los hipocondríacos se agotan queriendo interrogar a un órgano por los misterios del cuerpo por los silencios del Otro, por la muerte y la castración.

La histérica se cansa cuando queriendo mantener todo en la órbita del significativo del goce fálico, no acaba nunca...de hablar de cualquier cosa.

Hay inconsciente estructurado y la histérica dice de su deseo porque el inconsciente finalmente se expresa cuando habla. El hipocondríaco calcula la necesidad de reparación de sus esfuerzos. No habla del gusto por la comida sino que repara en las dietas más convenientes para sostener su salud. Varía dietas, recorre negocios naturistas, siempre hay una preocupación más por la salud. No espera respuestas, ni quiere sacar su pregunta de la esfera biologizada.

Los hipocondríacos cansan al analista cuando el analista cree que porque hablan mucho dicen y se puede interpretar en consecuencia. Habrá que ser cauteloso con la interpretación recordando que Freud enseña que si el hipocondríaco se zafa se organiza en delirio. Si un paciente me dice: Aquí ando con la vesícula y la columna, como siempre" no le quitaría esos amigos. Son los únicos que puede tener, hay que respetarlos. El hipocondríaco mide minuciosamente la disponibilidad de energía disponible.

Si podemos decir con Freud que la hipocondría implica una falla en la cadena significativa, en la estructura simbólica, esta falla no es siempre la misma.

Haydée Heinrich.

La autora en el capítulo titulado "La respuesta psicósomática" comienza por diferenciar síntoma histérico-conversión histérica de fenómeno psicósomático.

Nos resulta interesante recordar como lo dice Freud: en la conversión histérica "la pierna se paraliza porque se llama pierna". Se trata de un cuerpo recortado, mortificado por el significativo.

En cambio la úlcera no se perfora porque se llama úlcera, ni los bronquios se tapan porque el sujeto "se sienta ahogado".

El fenómeno psicossomático no implica una articulación significativa en tanto no es una formación del inconsciente. Lacan dice que el fenómeno psicossomático es inducido por el significante. Cómo entender que un fenómeno inducido por el significante se escriba directamente en lo real del cuerpo?

Cito a Lacan: "la psicossomática es algo que no es un significante pero que sin embargo sólo es concebible en la medida en que la inducción significativa a nivel del sujeto, ha transcurrido de una manera que no pone en juego la afanisis del sujeto".

Dicho de otro modo para que la inducción significativa proveniente del Otro, produzca una respuesta sintomática (no psicossomática) debe haber mediado la "función afanisis" que garantiza la puesta en funcionamiento de las formaciones del inconsciente.

Pero ¿de qué se trata la "función afanisis"?

Sabemos que Lacan define a la afanisis como "efecto" de la alienación significativa. La "afanisis" es la desaparición del sujeto bajo los significantes que lo representan. Este es el primer tiempo que Lacan define para la constitución subjetiva, la alienación, que tendrá como efecto la afanisis del sujeto. Para pasar al segundo tiempo, la separación, deberá producirse el "recubrimiento de dos carencias", a saber, el recubrimiento de la carencia del sujeto con la carencia del Otro. A su vez, estas dos carencias no hacen más que recubrir la carencia real, que es lo que el ser viviente pierde por su reproducción sexual. La carencia del sujeto, como vimos, la encuentra en el tiempo de alienación, es la desaparición, la afanisis del sujeto bajo los significantes del Otro. La carencia del Otro, el sujeto la encontrará esbozada entre los significantes de la demanda del Otro, que aparecerá el deseo del Otro, eso que no puede ser dicho por los significantes sino que repita en el intervalo que ellos dejan. Esta falta del Otro, su deseo, ¿a qué se refiere? El sujeto no tiene la menor idea.

El sujeto, nos dice Lacan utiliza lo aprendido en el tiempo precedente, el de alienación, utiliza su propio afanisis, su desaparición para ofrecerla como primer objeto al deseo del Otro. Entiendo a esta interrogación como la "función afanisis". Habíamos visto que la afanisis es "efecto" de la alienación, pero,

como vemos, también es una función que puede o no ser puesto en juego para interrogar los significantes provenientes del Otro.

Cuando la función afanisis no puede ser puesta en juego, no se sostiene el intervalo entre los significantes de la demanda del Otro. Y decir que desaparece el intervalo entre S_1 y S_2 es decir que S_1 y S_2 se han holofraseado. Decíamos con Lacan que en el fenómeno psicossomático "la inducción significativa ha transcurrido de una manera que no pone en juego la afanisis del sujeto". ¿Cuál es su manera? Podemos afirmar ahora: holofrásica. Es así que la inducción significativa, la demanda proveniente del Otro al no ser interrogada, no es descompletada. No podrá entonces el sujeto leer allí un deseo metonímico, deseo siempre de otra cosa, no podrá leer allí una falta a la cual identificarse.

Podemos suponer que en tiempos de constitución subjetiva, la no puesta en juego de la función afanisis deja sin encubrimiento al efecto afanisis de la alienación significativa. Es decir que la desaparición del sujeto no será recubierta fálicamente como "pérdida para el Otro", lo que impedirá el duelo por lo que el sujeto era para el Otro, en tanto no ha ocupado ese lugar de falta. Entendemos que el pasaje por este trabajo de duelo fundante es matriz de los posteriores trabajos de duelo que deberá enfrentar el sujeto. No es difícil encontrar- como antecedentes de fenómenos psicossomáticos graves- pérdidas que el sujeto no ha podido simbolizar. Al no haber metáfora, ni metonimia, al no haber equívoco, lo que no puede producirse es una formación del inconsciente. Esto implica que, cuando la inducción significativa proveniente del Otro no puede ser interrogada por la función afanisis, el sujeto carecerá de los recursos del significante para responder. No podrá responder con un chiste, con un sueño, con un lapsus, tampoco con un síntoma. El autor sugiere pensar desde aquí también otros fenómenos, tales como adicciones, anorexia, bulimia y en general las modalidades acting out que no son formaciones sintomáticas en tanto tampoco en ellos funciona el intervalo entre los significantes.

Hay una particularidad que hace que el fenómeno sea psicossomático y es que la inducción significativa holofrásica proveniente del Otro, hace interferencia con una función biológica.

Gabriel Levy.

En su capítulo "El cuerpo del dolor" plantea la hipótesis de presunción de existencia de un cuerpo del dolor.

El término dolor se define de modo genérico como sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Lo usamos también para referirnos a un sentimiento, pena o congoja que se padece. Su significación en el lenguaje indica que aparezca como pesar, sinónimo de mal, desazón, desconsuelo, basculando entre estas u otras significaciones. De hecho hablamos del dolor de innumerables maneras: dolores graves y agudos, andantes y furiosos, dolores rotos, dolores vanos, dolores inútiles, hasta aquellas circunstancias más desesperanzadas, donde decimos "no me queda más que mi dolor". Así, dolor es un término que parece sintetizar gran parte de sensaciones o percepciones aflictivas, en ciertos casos condensa todos los sentimientos penosos que pueden atormentarnos.

Es necesario discernir dentro del campo del psicoanálisis acerca de la especificidad del dolor, particularmente en relación a los afectos y por ende a la angustia. ¿ Se puede considerar al dolor en la gama de los afectos penosos?

A partir de Lacan podemos considerar el afecto dentro mismo de la estructura. Si decidimos que el dolor no es un afecto, ¿cuál es entonces su relación a la estructura? O bien si el dolor es un afecto, ¿cómo lo discernimos de la angustia de la estructura? Intentaremos trabajar con la hipótesis siguiente: el dolor es tramitado en la estructura del discurso por el afecto, o traducido por éste como dolor propiamente dicho.

En un texto de Freud el dolor aparece caracterizado esencialmente como un fenómeno de ruptura de barreras, que sobreviene cuando cantidades excesivas de energía chocan con los dispositivos protectores. Tenemos un umbral del dolor, comienza a consistir el concepto de límite.

Dice Lacan: *"...me contentaré con sugerir que deberíamos quizá concebir el dolor como un campo que, en el orden de la existencia, se abre precisamente en el límite en que el ser no tiene posibilidad de moverse...No es cierto acaso que el ser vivo que no tiene posibilidad de moverse nos sugiere, hasta en su forma, lo que se podría denominar un dolor petrificado? ¿Acaso no hay en lo*

que nosotros mismos hacemos del reino de la piedra, en la medida en que no la dejamos rodar más, en que la erigimos, en que hacemos de ella algo detenido, acaso la arquitectura misma no es la presentificación del dolor?"

Colette Soler.

Que el inconsciente no existe sin incidencia sobre el cuerpo se descubrió desde los comienzos del trabajo de Freud. Aparece a partir de los primeros desciframientos de los síntomas histéricos, con el descubrimiento freudiano del carácter –generalmente traumático de la sexualidad, y con el descubrimiento de lo que debemos llamar una falla en el instinto sexual en el hombre- Esta incidencia del inconsciente sobre el cuerpo, surgió también con el descubrimiento de aquello que Freud denominó "más allá del principio del placer", a saber, eso que se presenta como un goce nocivo. De entrada pues, se sabe que el inconsciente no es sin relación al cuerpo.

Decir que el cuerpo es una realidad, implica decir que el cuerpo no es primario, que no se nace con un cuerpo. Dicho en otra forma, el cuerpo es de la realidad, pero, en el sentido de que la realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye, que es secundario.

Lacan considera que para hacer un cuerpo se precisa un organismo vivo más una imagen, es decir, atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo, unidad que es dada por una gestalt visual y aprehendida por el sujeto a partir de la unidad de su forma en el espejo. Dicho de otra forma, en este momento opone la unidad y la unicidad de la imagen a lo que sería el organismo, al que caracteriza más bien por su prematuración.

Es el significante el que introduce el discurso en el organismo.

Lacan dice sobre el cuerpo lo importante es que todo eso encaja lo suficiente para que el cuerpo subsiste, si no hay, como se dice, accidente externo o interno.

El cuerpo verdadero, el primer cuerpo, es lo que denomina el cuerpo simbólico, el lenguaje. Ese cuerpo al que llaman el suyo es un obsequio del lenguaje.

El sujeto está efectivamente en la palabra antes de tener un cuerpo, sencillamente antes de nacer, y permanece ahí aún después de no tener un cuerpo, es decir, después de la muerte; la duración del sujeto, al estar sostenido por el significante, excede pues a la temporalidad del cuerpo. Podemos decir entonces que el cuerpo está separado del sujeto.

CONSIDERACIONES FINALES

En un momento de este recorrido teórico pudimos hacer un salto cualitativo que nos permitió pensar el fenómeno psicósomático como aquello que se inscribe en el cuerpo al no poder ser simbolizado.

Por tal razón , no hablamos de cuerpo simbólico, como sí lo hacemos en los casos de conversión, porque en la enfermedad psicósomática el cuerpo se rompe, sangra, duele. Hay algo que no puede ser reconocido, dicho, algo que aparece puesto en el cuerpo.

Quisiéramos enunciar una frase que dijera Hipócrates: "No existe enfermedad, sino enfermos".

Con esto queremos decir que hay enfermos singulares que responden a su única y singular estructuración psíquica en relación con el Otro.

Creemos que es necesario recorrer mucha teoría y mucha práctica para hacer una elección más seria y ética.

BIBLIOGRAFIA

Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Luigi Onnis. Ediciones Paidós. Barcelona. Bs. As. México. 1990.

Terapia Gestalt. Celedonio Castanedo Secadas. Barcelona editorial. Herder. 1988.

Tercera Tópica y vulnerabilidad psicósomática. Rubén Zukerfeld. Lugar editorial. S.A. Octubre 1999. Bs. As. Argentina.

Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicósomática. Liberman. Editorial Trieb. 1986.

Cuadernos Sigmund Freud n° 18 sobre "El cuerpo en psicoanálisis". Editado por Escuela Freudiana de Buenos Aires. 1996. Capítulos: "La respuesta psicósomática" por Heinrich y "El síntoma histérico, el fenómeno psicósomático y el discurrir hipocondríaco" por Zuberman.

Estudios de psicósomática. Volumen 1. Compilación Vera Gorali. Editorial Atuel. Capital. Capítulo: "El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan" por Soler.

Fundación del Campo Lacaniano. Colegio Internacional sobre: El cuerpo. El Psicoanálisis frente al orden biológico. Editorial Kliné. 1993. Capítulo: "El cuerpo del dolor" por Levy.