

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

“LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS”

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION CORRESPONDIENTE
AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S 143/89**

ALUMNO: CERILLANO CLAUDIO

MATRICULA: 03324/95


D.N.I.: 17.282.530

SUPERVISORA: LIC. BEATRIZ MARKIS

**SEMINARIO DE RADICACION: “EL CUERPO Y LA INCIDENCIA DE SUS
FENOMENOS EN LA CLINICA”.**

FECHA DE PRESENTACION: 22 -11- 01

*- enfermedades psicosomaticas
- organismo humano
- psicología clinica*



U.N. M.d.P.
PSICOCEDOC
CENTRO DE
DOCUMENTACION
FACULTAD DE PSICOLOGIA

N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
+ pag	<i>Donato</i>
	N° INVENTARIO :
	441

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva del alumno Cerillano Claudio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del autor”.

“La que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por el alumno Cerillano Claudio, matricula 03324/95 ,conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos , a los 22 días del mes de noviembre del año 2001”.



Lic. Beatriz Markis

“ Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por el alumno Cerillano Claudio, matricula 03324/95”.



Lic. Beatriz Markis

Comité de investigación

Fecha de aprobación:

TRABAJO DE INVESTIGACION CORRESPONDIENTE AL REQUISITO
CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89
" LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS'

ALUMNO; CERILLANO, CLAUDIO - MAT. 03324/95

INFORME FINAL

Se da por aprobado el Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme OCS 143/89 del alumno Claudio Cerillano acerca de "Los fenómenos psicossomáticos".

Dejo constancia que en mi calidad de Supervisora el alumno ha cumplido con los objetivos especificados en el Plan de Trabajo Inicial.

El mismo le ha presentado dificultades en tanto el intento de abordaje de dicha temática requiere alcanzar conceptos que se desarrollan con los últimos aportes que la Lingüística agrega al campo del Psicoanálisis en la teoría de Lacan.

A pesar de ello , el alumno ha podido subrayar las ideas fundamentales teóricas que luego su práctica irá ajustando en su interrelación clínica.

Ha consultado bibliografía que responde al tema desde distintas líneas teóricas conceptuales, así como diálogos personales con sus representantes.

A mi entender, ha arribado a articular y dar consistencia a este Informe final en su carácter de alumno de esta Facultad de Psicología.-

Mar del Plata, Marzo/2002

Lic. Beatriz Markis

LIC. BEATRIZ MARKIS
PSICOANALISTA
MAT. PROF. 4001F

INDICE GENERAL:

1. "Psicosomática y discurso medico"pag. 1
 2. "Psicosomática y perspectiva sistémica"pag. 10
 3. "Psicosomática y perspectiva cognitiva-conductual: modelos asociacionistas y constructivistas"pag. 15
 4. "Psicosomática y perspectiva existencial-fenomenológica"pag. 22
 5. "Los fenómenos psicosomáticos y el psicoanálisis"pag. 31
 6. "Conclusiones"pag. 55
 7. "Bibliografía"pag. 59
-

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: Claudio David Cerillano **MATRICULA :** 03324/95

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION: "El cuerpo y la incidencia de sus fenómenos en la clínica"

SUPERVISORA: Lic. Beatriz Markis

TITULO DEL PROYECTO: "Los fenómenos psicossomáticos" (El proyecto no forma parte de otro en desarrollo).

PALABRAS CLAVES: Síntoma, cuerpo, deseo, angustia, inconsciente.

DESCRIPCION RESUMIDA: Los términos "psicosomático" y "somato-psíquico" fueron introducidos por J.C Heinroth en 1818 y K.W.M Jacobi en 1822 respectivamente. Felix Deutsch habría sido quien introdujo en el psicoanálisis la fórmula "medicina psicossomática".

La ciencia médica, al no hallar una respuesta etiológica que diera cuenta de ciertas afecciones, atribuyó a estas el atributo de "psicosomático".

Determinadas escuelas en el campo del psicoanálisis aceptaron esa denominación así otorgada por el campo médico y así surgieron diversas teorizaciones sobre las "enfermedades psicossomáticas".

La finalidad del presente trabajo consiste, en un primer paso, describir las diferentes corrientes teóricas que se ocupan de los fenómenos psicossomáticos luego, específicamente, ocuparme del cuerpo en la clínica psicoanalítica, diferenciar los fenómenos psicossomáticos de la histeria y la hipocondría, separando así toda posible confusión entre síntoma y fenómeno psicossomático, a su vez me ocuparé de los fenómenos psicossomáticos en su relación con el deseo, en relación a los duelos y finalmente la posible dirección de la cura.

OBJETIVOS GENERALES:

El objetivo general es describir las diversas corrientes teoricas que se ocupan de los fenómenos psicosomáticos.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. "Psicosomática y discurso médico".
2. "Psicosomática y perspectiva sistémica".
3. "Psicosomática y perspectiva cognitiva-conductual: modelos asociacionistas y constructivistas".
4. "Psicosomática y perspectiva existencial-fenomenológica".
5. "Los fenómenos psicosomáticos y el psicoanálisis".

METODOS Y TECNICAS: Las fuentes de información serán primarias ,recogiendo los datos a través de lectura bibliografica y exploración en internet. También se utilizaran fuentes de información secundarias, pero confrontandolas con las primarias. El método será descriptivo.

LUGAR DONDE SE REALIZARA EL TRABAJO: Universidad nacional de Mar del plata.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Recopilación de material escrito para posterior análisis.	*	*	*				
Concurrencia al seminario dictado por la Lic.B.Markis "El cuerpo y la incidencia de sus fenómenos en la clínica".				*	*	*	*
Participar y bajar de la red informática seminarios.	*	*	*	*	*		
Profundización del conocimiento acerca del marco teórico.				*	*	*	*
Consultas con la supervisora.				*	*	*	*
Análisis de lo investigado.				*	*	*	*
Entrega de informe parcial.						*	
Elaboración de conclusiones.						*	*
Entrega de informe final.							*

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA:

1. PSICOSOMATICA Y DISCURSO MEDICO:

- Cardenal Hernaez y otros: "Medicina psicosomática", en www.psicologia.com.
- Clavreul j. : "El orden médico", Ed. Argot, 1978.
- "Esquemas comentados del DSM III para lo psicosomático" en <http://www.nombrar.org.ar/nasio>
- Scheider P. : "psicología aplicada a la práctica médica", Ed. Paidós

2. PSICOSOMÁTICA Y PERSPECTIVA SISTEMICA:

- Minuchin Salvador: "Familias y terapia familiar", Ed. Gedisa, 1979, Barcelona.
- Onnis Luigi: "Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos", Ed. Paidós, 1990, Barcelona
- Watzlawick Paul y otros: "Teoría de la comunicación humana", Ed. Hedes, 1981, Barcelona

3. PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

- Bados A. : "Los tics y sus trastornos: naturaleza y trastornos en la infancia y la adolescencia", Ed. Pirámide, 1995, Madrid.
- Di Silvestre cristina: "Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad" en <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm>.
- <http://neuro-www2.mgh.harvard.edu/tsa/tsamain.nclnk>
- <http://www.mentalhealth.com./fr20.html>
- Navas Robleto José : "La medicina conductual y el concepto de bienestar integral en el tratamiento psicológico de los problemas de salud física" en <http://www.psypro.com>
- Instituto de terapia racional emotiva en <http://www.tre.com>

4. PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA EXISTENCIAL-FENOMENOLOGICA:

- Jauregui Silvia y otros: "Sintropia", Ed. Piloto, 1992, Buenos Aires.
- Unikel Alejandro: "Los nuevos criterios para contactar la realidad y sus efectos sobre la psicoterapia" en www.gestaltnet.com.ar/publicaciones.htm
- "Introducción a la psicoterapia existencial " en www.psicologia-online.com

5. LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y EL PSICOANALISIS:

- Freud, Sigmund: "Obras completas", Amorrortu editores, Bs.As.
- Lacan, Jacques: El seminario.

Libro 1; "Los escritos técnicos de Freud", 1953-1954,

Libro 2; "El yo en la teoría de Freud y la técnica psicoanalítica", 1954-1955 .

Libro 3; "Las psicosis", 1955-1956.

Libro 4; "La relación de objeto", 1956-1957.

Libro 5; "Las formaciones del inconsciente", 1957-1958.

Libro 7; "La ética del psicoanálisis", 1959-1960.

Libro 11; "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis", 1964.

Libro 17; "El reverso del psicoanálisis", 1969-1970.

Libro 20; "aun", 1972-1973.

(Todos los seminarios de Ed. Paidós)

"Escritos 1 y 2" ,1966, Ed, Siglo veintiuno.

Firma supervisor

LIC. BEATRIZ MARTIS

Firma co-supervisor

Comité de investigación

Firma del alumno

CERILLANO CLAUDIO

Comité de investigación

Lic. MANAQUE ROSA D.

Fecha de conformidad:



1º PARTE:

“PSICOSOMATICA Y DISCURSO MEDICO ”

“ PSICOSOMATICA Y DISCURSO MEDICO “ :

La psicosomática sería una especie de deslizamiento de la metodología de las ciencias humanas en el campo de la etiopatogenia de las afecciones psíquicas.

Es el medico quien por su formación e interés en el conocimiento psicológico de sus pacientes o no, y según el tipo de cultura y sociedad en la que se encuentre, el que hace que una enfermedad se vuelva psicosomática o permanezca, por lo contrario, solamente somática.

La medicina no es particularmente propensa a utilizar lo psicosomático, los factores psicológicos desempeñan un papel secundario en la explicación.(1)

Aunque se puede hablar de una tendencia hacia un enfoque más integral , en lugar de separar artificialmente lo psíquico y lo somático. Se habla de la necesidad de que el medico asuma una “actitud psicosomática”(2).El dualismo cartesiano entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu ,habría sido la causa de que se fijaran dos direcciones de conocimiento en forma excluyente entre si.

Se le exige una transformación epistemica a la medicina: del modelo reduccionista biológico de la enfermedad hacia la complejidad biopsicosocial (no se le demanda una psicologización o socialización de la medicina , sino un cambio en sus esquemas referenciales).(3)

El tipo de causalidad consagrado como posible , en la medicina o en la psicología , recibe una legitimación social e histórica , sino no podría sostenerse . Es decir que no se trata de criterios de verdad o alguna pertinencia de orden científico, sino de hegemonía social de un discurso respecto de otros posibles , estos modelos hegemónicos se sostienen en una fragmentación de los saberes, resistiendo todo tipo de cuestionamiento o esquemas explicativos diferentes, mediante el argumento de “no científico”.

Pero lo psicosomático escapa del campo fragmentario de la medicina dado que no ha sido posible hallar un órgano que se llame “psicosoma” al cual se pueda explicar, analizar, y modificar.

Sin embargo, una gran parte de la medicina suele prescindir de la psicología , combatiendo a un

invasor indeseable y los síntomas molestos que provoca a través de una praxiología estrictamente médica : antibióticos , antidepresivos, antiespasmódicos etc, en el caso de la alopatía, estimulando las defensas naturales con el uso de la homeopatía, empleando remedios opuestos a la enfermedad en la enantiopatía, o aplicando las mismas sustancias, bacterias ,virus, agente patógeno, toxina etc, que aparentemente serían la causa desencadenante de la enfermedad en la isopatía, o sino el tratamiento a través de procesos mecánicos como en la cirugía.(5)

Cuando la mirada es dogmática y cuantificadora , y cuando el acto médico lleva la impronta de un modelo médico centrado solamente en la prescripción farmacológica y la utilización de tecnología de punta , es cuando se deja de lado lo psicosomático por lo exclusivamente somático.

También hay posturas intermedias que explican las causas de las enfermedades psicosomáticas en términos de personas predispuestas al estrés. Es decir ,mas propensos a exhibir conductas psicosomáticas.

Periodos prolongados de estrés serian la causa de enfermedades cardiovasculares, artritis, migrañas, calvicie ,asma, tics nerviosos, salpullidos, impotencia, diabetes, dolores de espalda etc. Al consultar al médico , este suele recetar tranquilizantes, antidepresivos o betabloqueadores, pero si se comprueba que los síntomas no responden a una causa física se aconsejara tranquilizarse o aprender las diferentes técnicas de relajamiento de moda o un tratamiento a través de la mesoterapia , la homeopatía, la moraterapia, la fitoterapia, la acupuntura, la dietética, el masaje etc. Si después de todo esto el estrés no cede, entonces es posible, que se recomiende algún tipo de psicoterapia.(6)

Por otro lado, la asociación psiquiátrica norteamericana hace una distinción de las formas que los factores psicológicos influyen negativamente en el estado físico:

- Alterando el curso de una enfermedad (lo cual puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo , exarcebación o retraso en la recuperación de la condición médica general).
- Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general (por ejemplo : reduciendo

la adherencia al tratamiento médico).

- Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo (por ejemplo: causando broncoespasmo en personas con asma).

Así mismo , se establecen seis tipos de factores psicológicos que pueden influir mediante alguna de las direcciones anteriores:

1. TRASTORNOS MENTALES:

Un trastorno mental puede afectar significativamente al curso o tratamiento de una condición médica general (por ejemplo: una depresión mayor afecta adversamente al pronóstico del infarto de miocardio, el fallo renal o hemodiálisis etc.).

2. SINTOMAS PSICOLOGICOS:

Síntomas que, sin constituir un trastorno, afectan significativamente el curso o tratamiento de una condición médica general (por ejemplo: los síntomas de ansiedad afectan negativamente el curso y severidad del asma, el síndrome del intestino irritable, la úlcera péptica etc.).

3. RASGOS DE PERSONALIDAD O ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:

El rasgo de hostilidad puede ser el factor de riesgo para la cardiopatía isquémica, un estilo represor puede retrasar la realización de una operación quirúrgica necesaria etc.

4. CONDUCTAS DESADAPTATIVAS:

Se trata de comportamientos nocivos para la salud, tales como el consumo de sustancias (alcohol, drogas, tabaco etc.),el sedentarismo , las practicas sexuales poco seguras (por ejemplo: posibilidad de contagio de sida.), el comer en exceso,etc.

5. RESPUESTAS FISIOLOGICAS ASOCIADAS AL ESTRES:

Pueden afectar tanto el curso como al tratamiento de la condición médica.

6. OTROS FACTORES NO ESPECIFICADOS:

Por ejemplo: factores demográficos, culturales o interpersonales.

La medicina psicosomática ,en un principio tenia un marcado carácter psicógeno en la consi-

deración etiológica del trastorno, es decir que sería psicosomático todo trastorno somático que comparte en su determinismo un factor psicológico que interviene , no de una manera contingente, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad .

En la actualidad , psicosomático no significaría psicogénico, ya que este concepto implica una causalidad unidireccional en la aparición de la enfermedad : a partir de algún factor psicológico se produciría una enfermedad física. En cambio, se apoya un principio de multicausalidad para la consideración etiológica de la enfermedad psicosomática: muchos factores (constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales) interactúan unos con otros contribuyendo a la aparición de un trastorno físico. Es decir se propone un modelo explicativo que considera al individuo como un ser biopsicosocial.

A su vez , se produce una transformación epistémica en las propias bases científicas sobre las que se asienta la práctica médica. Los fundamentos sobre los que se basa el estudio de las patologías humanas sufren modificaciones, hacia la consideración de lo psíquico , proveniente de la biología molecular, la genética y la bioquímica.(8)

EN CONCLUSION:

El discurso médico de exclusivo corte biologicista se mantuvo clásicamente dentro del dualismo cartesiano , legitimado socialmente por medio de su hegemonía histórica y produciendo como consecuencia una fragmentación de los otros saberes .

Este tipo de discurso lleva la impronta de un modelo centrado en la prescripción farmacológica o el tratamiento a través de procesos mecánicos.

Esta misma ciencia médica , al no hallar una respuesta etiológica que diera cuenta de ciertas afecciones, atribuyó a estas el atributo de psicosomáticas . Actualmente la tendencia parece apoyarse en la complejidad , en un principio de multicausalidad , que considera a la persona como un ser biopsicosocial.

La psiquiatría no pone el acento en las causas , solamente pone el acento en el curso o evolución alterado, y en el desencadenamiento de una pre-existencia o disposición a cierta enfer-

medad psicosomática.

Las afecciones que por lo general son consideradas psicosomáticas son :

- **Estrés**

- **Sistema respiratorio**

Asma bronquial

Singulto, afonía

Tos

Síndrome de hiperventilación

Fiebre de heno

Tuberculosis

- **Sistema cardiovascular**

Hipertensión-hipotensión

Enfermedad coronaria (Angina de pecho)

Insuficiencia cardiaca congestiva

Sincope vasomotor

Arritmias cardiacas

Fenómeno de Raynaud

- **Sistema gastrointestinal**

Úlcera gastroduodenal

Colitis ulcerosa

Obesidad

Anorexia y bulimia

Dispepsia digestivas crónicas

Cólon irritable

Enfermedad de Crohn

Hemorroides

- **Sistema musculoesquelético**

Artritis reumatóide

Lumbalgias

- **Sistema nervioso central**

Cefaleas (migrañas y tensionales)

Esclerósis múltiple

- **Sistema endocrino**

Hipertiroidismo-hipotiroidismo

Diabetes Mellitus

Hipoparatiroidismo

Hipocorticalismo

- **Obstetricia y ginecología**

Amenorrea

Abortos espontáneos

Infertilidad de origen psicológico

Toxemia, eclampsia

Dificultades en la rotación y acomodación de causa no orgánica

- **Trastornos inmunológicos**

Enfermedades infecciosas: recurrentes o reagradas y que se hallan bajo tratamiento médico (anginas, otitis, conjuntivitis, uretritis, micosis, herpes genitales recidivantes)

Reacciones de rechazo en trasplante de órganos

Enfermedades autoinmunes : Hashimoto, artritis reumatoidea, ileítis regional, lupus eritematoso, miastemia gravis, anemia perniciosa

- **Tumores benignos**

- **Cáncer**

- **Dolor crónico**

- **Piel**

Enfermedades alérgicas y dermatológicas, prurito generalizado, localizado anal o vulvar

Hiperhidrosis, prurigo, rosácea, liquen crónico de Vidal, psoriasis

Eccema del lactante y del adulto

- **Cavidad bucal**

Gingivitis, pérdidas dentarias

- **Aparato urinario**

Litiásis, prostatitis

- **Psicoprofilaxis pre y post quirúrgica**

- **Dolencias físicas de la depresión larvada (9)**



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Cfr. Schneider P. ,” Psicología aplicada a la practica medica”,(p.242), Ed. Paidós.
 - (2) Cfr. Bellack L. ,” Psicología de las enfermedades orgánicas”,(P.28), Ed. Paidós.
 - (3) Cfr. Bleger José, “ Psicología y medicina”,(en “Psicología y cáncer” de Schalvenson J),
(p.57), Ed. Paidós,1965.
Cfr. Bochatay y otros,” El abordaje transdisciplinario de la enfermedad cardiovascular” en
revista Tatuajes N°4, enero 2001.
 - (4) Cfr. Op.cit. Bleger José.
Cfr. Op.cit. Bochatay y otros.
 - (5) Cfr. ¿ Que es la homeopatía ?, en
<http://members.spree.com/sip/medicoshomeo/conceptos.html>
 - (6) Cfr. Del Pino, “Medicina psicosomática: estrés” en <http://www.tusalud.com.mx/ro701.htm>
 - (7) Cfr. Cardenal Hernaez, “ Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre
variables psicosociales y la enfermedad del cáncer” en www.psicologia.com
 - (8) Cfr.Op.cit. Bochatay.
 - (9) Cfr. “Esquemas comentados del DSM-IV para lo psicosomático” en
<http://www.nombrar.org.ar/nasio>
-

2º PARTE:

“PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA SISTEMICA”

- **“PSICOSOMÁTICA Y PERSPECTIVA SISTÉMICA”:**

La psicoterapia sistémica se caracteriza por tener como objetivo la modificación de patrones disfuncionales de interacción. El concepto básico que unifica los diversos modelos es el de sistema.

El énfasis es puesto en la interacción más que en el paciente aislado, la resolución del síntoma psicossomático presentado por el individuo es considerado como expresión de la disfunción familiar, dependerá del cambio en los patrones disfuncionales de la interacción. Es decir que no se pretende modificar directamente los síntomas problemáticos, sino los parámetros disfuncionales asociados.

El tratamiento de la enfermedad psicossomática se complica porque no responde a los cánones lógico-causales y médico-farmacológicos de una enfermedad tradicional. Según la perspectiva sistémica el modelo de salud tradicional siempre ha identificado al cuerpo y al individuo como fuente principal de sus enfermedades y es por eso que, el tratamiento, tanto médico como psicológico, se ha inclinado por la intervención individual.

Es el paciente identificado el portador del síntoma psicossomático resultado de una dinámica familiar disfuncional.

Muy pocas veces la terapia familiar se considera como una posibilidad en el tratamiento inicial de una enfermedad psicossomática, solo se la solicita en tanto los tratamientos farmacológicos no funcionen y el problema vaya adquiriendo carácter de intratable para la medicina tradicional (1).

Luigi Onnis critica el concepto de “familia nociva” como causa de las afecciones, en vez de una lógica lineal, se propone una lectura de la familia como espacio circular donde se origina la enfermedad, es así que es fundamental que toda la familia acuda a la terapia, el trabajo aislado que centra en el paciente su actividad está descuidando el entorno y lleva a rotularlo como intratable. La cuestión es devuelta al profesional: ¿El paciente es incurable o es el profesional el que toma el camino inadecuado?. Es por eso que propone explorar el significado que el síntoma

corpóreo tiene dentro del contexto familiar, pero sobre la base de una interdisciplinabilidad entendida como una integración de competencias profesionales diferentes. (2).

Se pueden describir las familias psicósomáticas a través de características propias. Para Salvador Minuchin una primera característica es el aglutinamiento, hay un pensamiento familiar que envuelve a todos los miembros, existe una lealtad a la ideología familiar que no puede ser traicionada por nadie. Los pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones de sus miembros se expresan como si fueran uno solo, Hay continuas intromisiones en la autonomía y privacidad de unos con otros, existiendo un problema de límites provocando así una confusión de roles y funciones.

Hay un problema de sobreprotección que se agudiza con el síntoma sobre el paciente identificado, cuando hay un miembro de la familia enfermo todos se ven implicados.

Otra característica es la rigidez, es decir la resistencia al cambio. Aparentan ser una familia muy unida porque cualquier síntoma de desacuerdo es rápidamente sofocado por los mismos miembros, ya que un desacuerdo es considerado una amenaza para la unidad familiar. Es decir que el terapeuta familiar se encuentra en una encrucijada: una armoniosa familia viene a resolver la enfermedad de uno de sus integrantes pero que se resiste a todo cambio, ya que la familia tiene muy poca tolerancia al conflicto, en cualquier momento de discusión la enfermedad surge como excusa para no hablar de ello.

La implicación del niño en el conflicto parental es otra de las características, hay un difuso límite entre el subsistema conyugal y los niños, los cuales cumplen un rol evitando conflictos en la pareja (3).

Para Selvini hay reglas en las familias psicósomáticas:

1. Cada miembro rechaza los mensajes de los otros con una elevada frecuencia
2. Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades en tomar el rol de líder.
3. Está prohibida toda alianza de dos contra un tercero.
4. Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna (4).



Stierin y Weber describen estas familias con una fuerte insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Todo con el objetivo de lograr una anhelada unión familiar :la familia esta por encima de cualquier actitud personal que afecte al todo. Se impide la individualización de los miembros. La relación de pareja de los padres es básicamente a través de los hijos y las relaciones sexuales pasan a un segundo plano, cuando no son totalmente nulas: se mantienen unidos por sus hijos porque no son pareja sino padres.

La familia psicósomática básicamente tiene un problema de fronteras , están entremezclados los roles familiares. El afán por la unión familiar crea un ambiente de dificultad para el espacio individual (Es lo que Minuchin denomina ausencia de distancia psicológica).

Hay un afán tal por la unidad y resistencia al cambio que no se permite una interpretación positiva de cualquier signo de individualización, siendo considerado una deslealtad hacia la familia.

La enfermedad psicológica es una válvula que regula las tensiones de la familia: por un lado desvía la atención al ser el centro de la familia, ya que el enfermo psicósomático se convierte en quien necesita más del cuidado ,y por otro lado si hay una discusión, se suprime por el bien y la salud del enfermo.

También están las familias sobreprotectoras donde la autonomía de los hijos es nula ,la autoridad de los los padres esta claramente integrada en el credo familiar ,la enfermedad psicósomática se vuelve una forma de revelarse contra ellos. Por ejemplo: en la anorexia, al evitar comer, se intenta dar muestras de autonomía respecto de los padres y también respecto del propio cuerpo ,Pero lo que empezó por ser una forma de protestar se convierte en un encierro ,ya que la enfermedad psicósomática tiene la consecuencia contraria ,dado que todo el mundo y la familia vuelcan su atención hacia la persona enferma (5).

EN CONCLUSION:

Como conclusión se puede decir que la terapia sistémica intenta hacer ver a la familia el papel que cada uno juega en el proceso terapéutico dándole la importancia que se merece cada uno de los miembros, tratando de esta manera de abrirse paso en la familia dado que son resistentes al cambio y muy unidas. Es decir que se fortalece la visión unitaria tratando de que comprendan de que todos son importantes para la terapia.

Se trata de ir llevando a la familia hacia una nueva forma de ver la enfermedad psicósomática, que comprendan que la familia puede ser muy útil para la recuperación del paciente sin pensar que ellos tienen la culpa de la enfermedad (Es muy probable que la familia misma venga con una concepción de familia nociva y se deba trabajar primero con la culpa que sientan).

Sería lo indicado centrarse en el fortalecimiento de los subsistemas, rompiendo las alianzas y coaliciones existentes. Trabajar con la pareja a solas o con los hijos, es una manera de trabajar con separaciones, fomentando la individualización y evolución de los hijos en la familia sin dejar que los padres se valgan de ellos para sus problemas de pareja.

Las intervenciones que se realicen en las sesiones con esos subsistemas, intentan facilitar la negociación y resolución de los desacuerdos y a estimular las experiencias de interacciones placenteras de apoyo mutuo, no parentales.

Al mismo tiempo se siguen realizando las sesiones con toda la familia, utilizando estrategias reestructurantes, como por ejemplo: desafiando al sistema de comunicación de la familia.

El terapeuta sistémico se propone obrar como un director de orquesta de una obra teatral, armando la puesta en escena, creando un escenario, asignando una tarea y pidiendo a los miembros de la familia que funcionen dentro del nuevo marco propuesto.

La terapia se dará como finalizada no con la desaparición del síntoma sino con la evolución positiva de la dinámica familiar (6).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Cfr. Soto Martinez, "Apuntes para el tratamiento de la enfermedad psicosomática desde la terapia familiar sistémica" en <http://www.universidad.compl./madris.com>
- (2) Cfr. Onnis Luigi, "Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos" , (p.103 a 108),Ed. Paidós, 1990.
- (3) Cfr. Minuchin Salvador, "Familias y terapia familiar", (p.329 a 332), Ed. Gedisa, 1990,Barcelona.

Cfr. Op.cit. Soto Martinez.
- (4) Cfr. Selvini Palazzoni, "Los juegos psicóticos de la familia", Ed. Paidós,1990, Barcelona.

Cfr. Op.cit. Soto Martinez.

3º PARTE:

**“PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA COGNITIVA-CONDUCTUAL:
MODELOS ASOCIACIONISTAS Y CONSTRUCTIVISTAS”**

- **"PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL: MODELOS ASOCIACIONISTAS Y CONSTRUCTIVISTAS"**.

El enfoque cognitivo-conductual es aquel que deja de lado las concepciones exclusivamente ambientalistas propias del conductivismo.

Mahoney y Reda dividen los actuales enfoques cognitivos en aquellos que adoptan un modelo asociacionista y aquellos que suscriben a una metateoría constructivista.

Los modelos cognitivos-conductuales asociacionistas asumen que el individuo se apodera activamente de su ambiente, y actúa como un científico para determinar cual es la mejor respuesta ante las demandas contextuales y ambientales.

Asumen una realidad que existe en si misma, una verdad única y objetiva, y una realidad filtrada por los pensamientos. Como ejemplo se puede mencionar al modelo de ponderación del estrés de Lazarus, las terapias de resolución de problemas, las de habilidades de enfrentamiento, de reestructuración cognitiva de Mahoney y Arnkoff, la terapia racional emotiva y la teoría a-b-c de Ellis, la terapia cognitiva de Beck etc.

Según los modelos estructurales constructivistas la principal actividad mental no es la asociación sino la reestructuración de la propia actividad mental, no se considera que exista una realidad única y objetiva sino que se construye con la participación activa y decisiva del individuo en el proceso perceptivo.

Puede mencionarse como ejemplo a las teorías motoras de la mente de Weimer, la teoría de la ciencia personal de Mahoney, el modelo cognitivo-procesal-sistémico o enfoque post-racionalista de Guidano etc .(1)

LA COGNICION SUBJETIVA DE LA ENFERMEDAD:

La cognición subjetiva de la enfermedad sería resultado de factores psicológicos, psicosociológicos, sociológicos y culturales independiente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad. El "sentirse enfermo" estaría condicionado por los significados y normas sociales, es el contexto socio-cultural en el cual el sujeto vive el que le da guías en términos de que hacer

cuando siente dolor o disconformidad ,de como expresar estos sentimientos verbalmente o no .verbalmente, de a quien requerir ayuda y que roles se espera que asuma para comportarse de acuerdo a las prescripciones culturales.

Los síntomas del cuerpo son interpretados en un proceso cognitivo, atribuyendo a ellos significados específicos .Es decir que el sujeto emplearía un "modelo explicatorio" para referirse a ideas y creencias concernientes a su enfermedad ,proveyendo explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas ,los procesos patofisiológicos asociados, la historia natural de la enfermedad, la severidad de la misma y el tratamiento adecuado para enfrentar la condición . (2) (Considerada de este modo la psicopatología contendría dimensiones comunes con la hipocondría e inclusive con la conversión histérica).

Esta manera de concebir los fenómenos psicopatológicos es acorde a la teoría racional emotiva de Ellis ,modelo cognitivo-conductual asociacionista ,que enfatiza la participación del individuo en la creación de sus propias emociones .considerando a la cognición como la entidad de máxima jerarquía dentro de la psique humana para el control de las perturbaciones .Esta teoría esta en concordancia con lo que expresara la filosofía estoica a través de Epicteto:"La gente esta perturbada no por las cosas sino por la visión que tiene de las mismas".

Ellis recoge esta filosofía .afirmando que las personas tienen innumerables creencias , pensamientos o cogniciones acerca de los eventos externos ,y estas cogniciones tienen influencias importantes sobre las consecuencias emocionales y conductuales de las personas.

Las terapias racionales emotivas están fundamentalmente interesadas en las creencias racionales que conducen a emociones funcionales y a conductas de autoayuda. Se busca eliminar las creencias irracionales ,caracterizadas por inferencias y conclusiones absolutistas y negativas sobre los acontecimientos ,las cuales conducen a disfunciones y estados autodestructivos.Es decir que implica un proceso de reeducación cognitivo-emocional para corregir las malas concepciones, olvidar los malos hábitos irracionales y aprender nuevos hábitos racionales que formaran un



nuevo rasgo de la personalidad.

Implica un abordaje terapéutico práctico, activo, directivo y centrado en el aquí y ahora, se ofrecen soluciones reales, rápidas y poderosos efectos en el largo plazo. además una relación de no dependencia con el psicoterapeuta, buscando enseñar al paciente a ser su propio psicoterapeuta.

Se utilizan en problemas psicosomáticos tales como:

- Adicciones
- Trastornos alimentarios
- Trastornos sexuales
- Migrañas, cefaleas
- Hipertensión arterial
- Colon irritable
- Trastornos del estrés
- Hiperventilación
- Dolor crónico, etc. (9)

LA TERAPIA POST-RACIONALISTA:

Dentro de los modelos constructivistas, Guidano propone un enfoque cognitivo-procesal-sistémico que denomina post-racionalista. Se asume una concepción biológica del origen del conocimiento, incluyendo la evolución y la adaptación como procesos de conocimiento. El ser humano es un ser biológico en evolución, cuya estructura determina la manera específicamente humana autoorganizativa de acceder a la realidad y no a la realidad en sí.

Para Guidano el conocimiento humano es una representación de la realidad externa, que se corresponde con ella (Sería lo que Maturana denomina "Multiverso" como sustituto de "Universo").

Para la terapia post-racionalista es inadmisibles basarse en términos persuasivos, se considera que el terapeuta no posee la verdad y que por ende no puede, como lo harían las terapias

cognitivas clásicas, transformar la relación con el paciente en una especie de curso didáctico. El objetivo no es el autocontrol ,ni el cambio de creencias irracionales .Se trata mas bien de un cambio semántico ,una reconstrucción del significado , buscando conocer las propias reglas de funcionamiento para poder reorganizar la experiencia personal.

El método usado es la comprensión y el rol del terapeuta es el de perturbador emocional estratégicamente orientado (Con la explicación que ofrece debe producir cambios en el punto de vista del si mismo en el paciente, quien deberá descubrir las discrepancias que le propone el terapeuta y aquellas que percibe al descubrir aspectos ignorados de su funcionamiento). (4)

LOS PROCEDIMIENTOS CONDUCTUALES:

Las técnicas utilizadas son variadas , por ejemplo, para el tratamiento de tics se puede emplear el procedimiento de inversión de hábito de Azrin, que incluye varios componentes:

1. Autoregistro de tics.
2. Revisión en detalles de los inconvenientes de los tics.
3. Descripción y detección de los tics.
4. Identificación de las sensaciones asociadas.
5. Identificación de las situaciones que afectan la ocurrencia de tics.
6. Aprender a relajarse.
7. Aprender y practicar las reacciones incompatibles con los tics.
8. Ensayo del control de los tics.
9. Apoyo social.
10. Exhibición de la mejora. (5)

EN CONCLUSION:

Al desplazarse el interés inicial en los modelos estimulos-respuesta , con la correspondiente preocupación por los antecedentes y consecuencias de la conducta o variables ambientales, se incorporaron los pensamientos, ideas ,fantasías , es decir procesos cognitivos, como variables

intervinientes, esenciales en la génesis y mantenimiento de los desajustes psicosomáticos.

Las terapias cognitivas –conductuales se proponen como una opción terapéutica eficaz ,empíricamente validada y metodológicamente rigurosa para solucionar diferentes enfermedades psicosomáticas a personas que acuden a consulta con quejas y dolores sin fundamento biológico , a quienes no les ocurre nada biológico pero sus síntomas son reales , y que tienen necesidad de tratamiento psicológico .Se puede combinar con fármacos o aplicarse aisladamente en función de circunstancias concretas . (6)

Algunas problemáticas médicas y/o áreas de la salud con componentes emocionales claros que necesitan ser tratados para una mejoría integral del paciente , y en las cuales la intervención a través de procedimientos psicológicos por un profesional de la psicología clínica con preparación en y experiencia en el área de la modificación conductual, la modificación conductual-cognitiva y la medicina conductual serian de gran ayuda son:

- Manejo del estrés.
- Manejo de interpretaciones y sensaciones acerca del dolor.
- Dolores de cuello.
- Neuralgias.
- Dolores de espalda.
- Diabétes.
- Hipertensión.
- Cáncer.
- Artritis.
- Cambios de hábitos nutricionales .
- Síndrome de tics y de Tourette.
- Modificación conductual para el manejo del nivel de colesterol.(7)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Cfr. Troglia Marisa , "Psicoterapia cognitiva", ficha 4489 de circulación interna de la cátedra de psicología cognitiva de la U.N.M.P.
 - (2) Cfr. Di Silvestre M. , "Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad" en
 - (3) <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm>
 - (4) Cfr. Instituto de terapia racional emotiva en <http://www.tre.com>
 - (5) Cfr. Op.cit. Troglia Marisa.
 - (6) Cfr. Universidad de Valparaiso, " Tratamiento del síndrome de tics con terapia cognitiva conductual" en <http://www.mentalheath.com/fr.20.html>
 - (7) Cfr. Navas Robleto, "La medicina conductual" en <http://www.psypro.com>
-

4º PARTE:

**“PSICOSOMATICA Y
PERSPECTIVA EXISTENCIAL-FENOMENOLOGICA ”**

“PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA FENOMENOLOGICO-EXISTENCIAL”:

EL TRABAJO TERAPEUTICO:

La persona que solicita una entrevista es considerado un cliente al que hay que captarlo con una actitud fenomenológica ,entrando en contacto con su existencia ,entendida esta como un proceso que se desarrolla hasta su muerte. Interesa saber las formas en que esa persona se vale para desenvolverse con su vida, haciendo lo mejor que puede, se intenta descubrir la unicidad del cliente, el carácter único de su existencia.

Se intenta captarlo sin filtros, sin prejuicios ,se trata de aceptarlo imparcialmente ,prescindiendo de cualquier consideración intelectual que pueda llevar a un juicio de valor y tratando de captar lo obvio.

Todo el yo del psicoterapeuta ,con todas sus facultades trata de conectarse con esa persona que solicita una entrevista, utilizando preponderantemente la intuición.

Tal como Rollo May lo plantea, debe producirse un encuentro terapéutico existencial –fenomenológico.El paciente y su terapeuta “se encuentran” ,se establece algo mas que una simple relación , el terapeuta tiene que ser capaz de poder captar y sentir lo que el paciente esta sintiendo. estando abierto al mundo del cliente.

Es decir que la individualidad del terapeuta y del cliente se subordinan al servicio del encuentro ,es la actitud empática , que señala Rogers , la que permite tener una adecuada actitud fenomenológica .Se trata de considerarlo incondicionalmente como ser humano , el cliente encontrara asi que su terapeuta es un otro yo genuino, un yo que temporariamente se ha desprovisto de su propia yoidad , excepto en lo que respecta a su capacidad de intentar comprender.

Ninguna etiqueta o clasificación previa sirve al terapeuta para entrar en contacto con esa persona , se utiliza prioritariamente la intuición.

Para autores tal como Kierkegaard , Heidegger , Binswager , Frankl , Van Kaam ,Gendlin , etc. , la psicoterapia existencial es un modo general de tratamiento de desordenes de todo tipo. Las dificul-

tades , síntomas y desordenes psicológicos son entendidos como una falta de significado y de indecisión.

ENTREVISTA A LA LIC. SILVIA JAUREGUI :

Considerando que no es posible conseguir bibliografía en relación a los fenómenos psicósomáticos y su abordaje desde el modelo existencial –fenomenológico , he realizado una entrevista sobre la temática con la lic. Jauregui, docente de la U.N.M.P .

Pregunta: ¿Quisiera saber como se realiza el abordaje terapéutico con una persona que consulta por un fenómeno psicósomático, desde la perspectiva fenomenológico-existencial?

Respuesta: En primer lugar , hay que considerar si el paciente viene o es mandado. Poder generar un espacio en donde poder generar en común y que se discierna si es elección de quien viene o no , y que pueda ,a partir de ese momento, elegir el espacio ,pero desde él y no desde quien lo mandó.

Muchas veces a los pacientes con patología psicósomática los deriva alguien .En general el paciente se alerta cuando falla algo en el cuerpo y se pone así en riesgo. Cuando no alcanza la mirada estrictamente orgánica , entonces consulta con el psicologo.

En segundo lugar, el término “enfermedad psicósomática” ,yo creo que operativamente es un término que resulta útil, pero como un código mas , para saber de que estamos hablando.

Pero ,en realidad, si nosotros venimos bregando por una “unidad” ,no podemos hablar de psicósomático, porque psicósomático o somáticopsiquico serian todas las presentaciones que hacemos las personas a lo largo de nuestra vida

En tercer lugar , nosotros en realidad no modificamos nuestra manera de entrar en situación , ni siquiera nuestra manera de permanecer en la situación, a partir de cual sea el supuesto diagnostico inicial.

Es decir que me da lo mismo si viene y dice:”*me deriva el médico neurólogo, el médico clínico,*

porque tengo una enfermedad psicosomática”, que si lo deriva un psiquiatra que me dice: “mira te mando un neurótico obsesivo “, es decir: nosotros no trabajamos con diagnósticos.

Pregunta: ¿El diagnóstico médico pasa a ser irrelevante ?

Respuesta: Ni médico, ni otro diagnóstico psicológico. Nosotros no trabajamos con diagnósticos. No nos va a determinar que operemos de un modo o de otro, vamos a operar mas allá del diagnóstico. No nos es imprescindible, lo vivimos como una limitación en todo caso, no nos manejamos con la etiología tradicional.

Podemos hablar en términos diagnósticos, podemos compartir de que se trata con los que se manejan con cuadros nosológicos, pero no con los fines de trabajar con el otro.

Pregunta: ¿ Como se trabaja entonces ?

Respuesta: Para nosotros es muy importante el tipo de clima que se pueda generar de entrada. Es poner el acento en el vínculo y que los primeros encuentros sean para saber si va a ver un vínculo propicio para construir la relación que se intenta construir.

Ese vínculo va a fomentar el clima propicio, el clima facilitador. Nosotros hablamos de la existencia de una tendencia actualizante, cuando hacemos contacto con el otro , tratamos de generar un clima que permita la emergencia de la tendencia actualizante, como una capacidad autoreparatoria, de autorealización, de crecimiento y de desarrollo progresivo. una tendencia absolutamente sintrópica.

Esto , que puede parecer romántico, esta comprobado empíricamente , la teoría hace un desarrollo que se basa en la investigación empírica.

Cuando hablamos de un clima facilitador, esto se relaciona con la existencia de tres determinaciones básicas: la aceptación incondicional de quien consulta, la comprensión empática del otro y la congruencia.

Debe producirse un encuentro, porque sino se da una relación de proximidad de ambas partes no se puede construir nada. Para que se de esta situación de encuentro , tiene que estar presentes

estas tres actitudes. Los psicólogos deberíamos ser profesionales del encuentro.

Nosotros aceptamos incondicionalmente la dirección que quiera dar a su recorrido el otro y esto marca una diferencia con otras líneas.

La comprensión empática, de Rogers, sería comprender al otro desde su marco de referencia interno, desde lo que para el otro significa. No mezclar comprensión con aceptación, comprender, por ejemplo, la magnitud que tiene para vos la pérdida de tu mascota. Poder ponerse, realmente, en el lugar del otro.

La congruencia está referida al psicoterapeuta, es la autenticidad, la transparencia, poder estar ahí con el paciente con todo: como psicoterapeuta y como persona. No sepultar lo que nos pasa, esta es la tercera actitud.

Si la persona viene con síntomas físicos hay que acompañarlo para que pueda entenderse cada vez mejor, y en ese entenderse cada vez mejor está su relación con su síntoma físico.

Cuando yo ya me vinculé, me encontré y ya hay un clima facilitador de confianza mutua, se genera una bajada de las barreras defensivas para poder hacer un trabajo de autorealización. Esto es igual más o menos en todas partes: se supone que la persona, en estas condiciones, va a poder abrirse, bajar su sistema de defensas y comenzar a autoexplorarse, porque tiene con que.

Es decir si nosotros acompañamos a que descubra el sentido de ese síntoma físico o a que descubra el sentido de esa angustia x, o a que...no importa a que... él irá viendo a que... ahí estamos nosotros para acompañarlo en ese proceso.

Pregunta: Al operar más allá del diagnóstico... ¿ que valor tiene ese síntoma ?

Respuesta: Hablamos de síntoma como una situación que se presenta, todo depende como se defina síntoma, o como se defina inconsciente, depende del contenido que le pongas.

Si vos me decís si hay una relación entre esa úlcera con el cuadro emocional, si el síntoma se expresa a través del cuerpo...por supuesto que si.

Porque somos una unidad. Si por síntoma entendemos que son determinadas características que

aparecen a través del cuerpo y que se supone que pesan esas cosas...si seguro. Trabajamos todo el tiempo con la idea de unidad, es una mirada holística .

Si hablamos de síntoma desde el psicoanálisis sabemos que hay otros elementos que nos diferencian, que no es nuestra mirada. Son diferentes inconcientes.

Pregunta: ¿ En que se diferencian ambos tipos de inconcientes ?

Respuesta: El psicoanálisis habla de “el inconciente” ,que es una estructura en el aparato psíquico ,con reglas específicas que lo rigen etc.

Nosotros hablamos de “lo inconciente” , que son aquellas cosas que en este momento no tienen acceso a la conciencia , pero que la posibilidad de acceso es mucho mas laxa , mas abierta que desde el psicoanálisis . Lo que esta inconciente puede tener acceso a la conciencia sin la necesidad de que medien determinados tipos de procesos: los mecanismos de defensas...etc. ,que determinan el inconciente de una manera puntual.

Es diferente el criterio nuestro , hay otra posibilidad de pasar a la conciencia.

Pregunta: Me hace acordar mas al pre-conciente , que al inconciente...

Respuesta: Claro...pero para nosotros no es pre-conciente, hablamos de un término que es subcesión. Es un nivel que no seria estrictamente inconciente , donde la persona subcibe que algo le resulta amenazador y entonces es como que no lo registrará , pero por ahí hay un registro corporal , si estas haciendo una investigación de laboratorio y le tiembla un músculo, pero no aparece en la conciencia.

También es diferente la noción de yo , es el “yo quiero ir al cine “.

Como te decía, se trata de autoexplorarse de una manera sabia, que haya comunicación verdadera entre la noción de yo y la experiencia organísmica.

Lo importante es que no se trabaja con alguien que es mandado, sino que tenemos que lograr que esa persona elija en ese momento ese paso.

Pregunta: ¿ Suelen demandar entrevistas personas que consultan porque ellos tienen cier-

to insight de que, detrás de tal síntoma físico , hay también un correlato psíquico ?.

Respuesta : Si , hoy si. Yo hace treinta años que soy psicóloga y hoy veo que hemos logrado otra difusión de los fenómenos psicológicos y la importancia y el lugar que ocupa lo emocional. Hoy la gente tiene mas conciencia de que es una unidad.

Yo diría que ,si dividimos el tiempo en tres partes, hubo un tiempo en que la gente no tenía ningún registro , otro en que este registro incluyo solamente a los niños y entonces venían los papas con los chicos alérgicos, asmáticos, pero quedando excluidos los adultos, y hoy por hoy ,hay una conciencia mucho mayor en este punto. Hay expresiones cotidianas que aluden a esto :*"tengo un dolor de cabeza feroz porque estoy preocupado..."*, *"me amargo y tengo acidez..."*.

Como existe este registro , esto facilita las consultas, pero sigue siendo cierto que una persona se asusta mas por una fractura física que por una fractura psíquica.

No es que nosotros no tengamos en cuenta el síntoma físico , pero no podemos disociarlo del resto. De todas maneras se trabaja en equipo con el mèdico clínico , es necesario un control desde su mèdico clínico y trabajar ,fundamentalmente, desde la aceptación del síntoma.

Si alguien viene con asma , por ejemplo, no es que nosotros no tomamos esto, se lo acepta y se lo incluye en el contexto y se trabaja con ese contexto. Si alguien se presenta desde el síntoma diciendo :*"soy asmático"*, nosotros no vamos a tomar ese *"yo soy asmático"*, vamos a trabajar desde la totalidad:*"sos asmático...¿y que mas?:sos juan perez, estas casado, trabajas..."*.

Creo que es interesante relacionar lo psicossomático con la homeopatía, que es una línea mas naturista.

En la medicina tenes la alopática, que es la medicina común, la homeopatía, y la antroposofía. La primera toma el cuerpo , la segunda el cuerpo y la parte psicológica y la tercera, toma el cuerpo, la parte psicológica y la parte de creencias , la filosofía y lo espiritual.

La homeopatía parte de que dentro de la persona hay cosas que están disminuidas y que la solución esta ahí adentro , que es el componente que ellos detectan que esta fallando. O sea que hay



todo un recorrido que realiza la enfermedad y que después para la recuperación hay que hacer todo el recorrido inverso a través del cuerpo y lo psicológico.

Nosotros estamos muy vinculados a lo cognitivo, en el sentido en como opera la percepción.

Pregunta: ¿ Lo cognitivo constructivista ?.

Respuesta: Claro, no hay una realidad, sino tantas realidades como personas que perciben y operan sobre esa realidad , a función de como perciben.

EN CONCLUSION:

El abordaje terapéutico , desde la perspectiva fenomenológica-existencial, de una persona que consulta por un fenómeno psicosomático, no es diverso al del abordaje de cualquier otro cliente que consulta por una causa diferente.

Los diagnósticos o clasificaciones previas, ya sean realizadas por un médico clínico, un psiquiatra u otro psicologo , carecen de poder determinante de la forma de operar con ese paciente, dado que desde esa perspectiva, no se trabaja con diagnósticos.

Se acepta incondicionalmente la dirección que la persona quiera dar en su búsqueda de autorealización, el psicoterapeuta acompaña al cliente a que descubra a través de la autoexploración, el sentido de ese síntoma físico que le preocupa, sin perder nunca la idea de unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Cfr. Unikel Alejandro, "Los nuevos criterios para contactar la realidad y sus efectos sobre la psicoterapia" en <http://www.gestaltnet.com.ar/publicacion.htm>
- (2) " Introducción a la psicoterapia existencial" en www.psicologia-online.com
-

5º PARTE:

“LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y EL PSICOANALISIS ”

LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y EL PSICOANALISIS:

INTRODUCCION:

Los términos "psicosomático" y "somáto-psíquico" fueron introducidos por J.C. Heinroth en 1818 y K.W.M Jacobi en 1822 respectivamente. Felix Deutsch habría sido quien introdujo en el psicoanálisis la fórmula "medicina psicosomática".

Determinadas escuelas en el campo del psicoanálisis aceptaron esta denominación proveniente del campo médico y así surgieron diversas teorizaciones sobre las "enfermedades psicosomáticas". (1)

Algunos autores traspasaron los datos psicoanalíticos sobre la etiopatogenia de las neurosis a lo psicosomático. Otros, como F. Dunbar, consideran que a cada afección psicosomática corresponde un perfil de personalidad específico.

F. Alexander trató de diferenciar entre las neurosis, en particular la histeria, de las enfermedades psicosomáticas propiamente dichas. Existirían esquemas dinámicos específicos para las afecciones psicosomáticas, a partir de una situación desfavorable en la infancia una enfermedad somática aparecería en el adulto.

Autores norteamericanos, como Grinker, Margolin y otros, destacan la importancia de los shocks psíquicos y de las enfermedades padecidas durante los primeros años de vida.

Para Marty, de la escuela francesa, el enfermo psicosomático presenta una insuficiencia de los procesos de mentalización, la vida fantasmática es muy pobre o inexistente, caracterizándose la vida psíquica por el pensamiento operatorio, el sujeto se adhiere a la realidad concreta y no puede desprenderse de ella, sin poder recurrir a la imaginación y la fantasía.

Para Chiozza el término psicosomático es entendido como un acontecimiento que posee en la vida de los seres humanos un pleno sentido biográfico, intervendrían fantasías específicas o conflictos específicos subyacentes a la elección del órgano involucrado, llegando incluso a suponer la existencia de un psiquismo fetal, de puntos de fijación embrionario-fetales y mecanismos de regresión que posibilitan retornar a las etapas del órgano (concepción defendida tam-

bien por Rascovsky para explicar el "misterioso salto de la mente al cuerpo"). (2)
También Izaguirre y Sorribas van a hablar de un área psicosomática , cuyo origen se remonta al psiquismo fetal. En la personalidad psicosomática ocurrirían perturbaciones del desarrollo fetal, interferencias en el psiquismo prenatal impiden desear la erotización, y empujan a la vuelta hacia si mismo y un incremento del instinto de muerte y causaría en el sujeto afecciones psicosomáticas. Es decir que las pulsiones eróticas se minimizan y progresan las tanáticas, que atacan globalmente las funciones psíquicas. Se trataría de la presencia de "experiencias fetales escindidas" o "evacuaciones primarias del futuro bebé", que en su medio amniótico está ya fracasando en sus primeras integraciones, así, organizando potencialmente el área psicosomática. En la administración del Rorschach es posible observar un trastorno en la simbolización, particularmente observable en las respuestas a las láminas de color y en el fenómeno perceptual del cuerpo ubicado fuera de la figura o en el espacio en blanco.

Jacques Lacan, va a interrogar la relación de los fenómenos psicosomáticos con la estructura del lenguaje.

Determinados acontecimientos, al no poder ser traspuestos a través de la mediación significativa, quedarían inscriptos en el cuerpo.

Lacan considera al efecto que produce la ciencia médica en relación con el cuerpo como una falla epistemo-somática, donde la dimensión del goce estaría excluida.

En el fenómeno psicosomático el cuerpo llevaría las señales de la irrupción del goce del Otro, el cuerpo estaría afectado por la estructura del lenguaje. La dimensión de goce no puede ser registrada por las técnicas y aparatología de diagnóstico de las ciencias medicas. (3)

El cuerpo compromete a los tres registros:

- Cuerpo simbólico:

Aquel que no puede situarse como superficie en la que el significante se inscribe. La incorporación del significante evacua el goce del cuerpo, quedando alojado en las zonas erógenas.

- Cuerpo imaginario:

Es el que da forma y consistencia al cuerpo, al organismo , a lo viviente. El anudamiento de la imagen del cuerpo y su reflejo en el espejo dan al cuerpo forma y unidad .

- Cuerpo Real:

Incluye al goce. (4)

En cuanto a las estructuras, el cuerpo no es el mismo según se trate de psicosis, perversión o neurosis:

- Cuerpo del psicótico:

No le pertenece, es gozado por el Otro. no hay sujeto que se constituya en dependencia de la cadena significativa, ni estructura de goce fálico que vaya ganando terreno al goce del Otro. El dolor no le hace límite al goce del Otro . Se trata de cuerpos insensibles, absolutamente entregados al goce del Otro.

- Cuerpo del perverso:

Esta preso también del goce del Otro, pero de otro modo. Es gozado por el Otro, no pudiendo salir de la "fiesta interminable que lo condena ", utiliza su cuerpo para provocar la señal de angustia en el Otro, y notificar al otro así, su incompletud. El perverso goza de hacer sufrir la incompletud a quien se muestre completo, confrontandolo con la castración.

- Cuerpo del neurótico:

Idealiza el goce del perverso , su cuerpo, fragmentado siempre, no tiene puntos equivalentes, no hay homogeneidad, no da lo mismo tocar aquí que allí. La singularidad juega en preferencias, modalidades, silencios, y explicitaciones. Es decir que cada punto del cuerpo vale distinto que el otro.

El neurótico tiene la posibilidad de la unificación imaginaria , imagen del cuerpo con la que dialoga cada mañana frente al espejo. (5)

LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y LOS SINTOMAS:

Al hablar de síntoma en psicoanálisis se lo entiende como aquel significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Es una palabra con pleno derecho, porque incluye el discurso del Otro en el secreto de su alfabeto.

El síntoma es del orden de las neurosis, de la conversión somática propia de la histeria. Es decir que se trata de dos escrituras diferentes sobre el cuerpo, por un lado el síntoma neurótico y por otro lado el fenómeno psicossomático.

Miller recopila las características del síntoma neurótico y lo diferencia del fenómeno psicossomático: el síntoma es una formación del inconsciente que tiene la estructura del lenguaje, se inscribe como jeroglífico en el cuerpo y es posible descifrarlo. Supone una sustitución, una satisfacción sustitutiva en el síntoma de otra que falta a su lugar, una metáfora abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación y modificación debida a la emergencia de efectos de verdad. Al ser una metáfora hay algo cifrado del orden de lo simbólico, posibilita la intervención psicoanalítica vía la palabra, al poder desplazarse si se reformula su sentido. Es decir que, en primera instancia el síntoma tendría una plasticidad que no es propia del fenómeno psicossomático. El síntoma tiene relación con el Otro del significante, con el Otro del deseo, es interpretable. Hay dos aspectos del síntoma: uno que es mensaje dirigido al Otro y otro aspecto que es de goce. (6)

El síntoma histérico se enlaza a la estructura deseante del sujeto y, su goce lo excede, pero las letras que lo constituyen pueden ser leídas.

Es necesario diferenciar a la histeria y los fenómenos psicossomáticos, también, de la hipocondría. El hipocondríaco es aquel sujeto que no puede dejar de hablar de un órgano que el médico dijo que estaba sano. Para Freud, coincide con la enfermedad orgánica en la distribución de la libido. Retrae el interés y la libido de los objetos del mundo externo y concentra ambos sobre el órgano que le preocupa. Es una especie de valla frente a la psicosis, algo falla en el ordena-

miento de la representación para que se instale. Aparece un esfuerzo por mantenerse en la dimensión fálica.

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 queriendo mantener todo en la órbita del significante del goce fálico, hay inconciente estructurado, dice su deseo porque el inconciente se expresa cuando habla.

El hipocondríaco no quiere saber de su deseo por su estructuración significativa, su inconciente no se lo permite, "biologiza" su interrogación porque le es imposible decir su deseo. Rebaja el deseo, el significante, al órgano biológico. Busca en el órgano una respuesta que solo se alcanza en el nivel del significante, es decir que intenta ubicar su pregunta en el órgano y no en el Otro.

En las neurosis mas organizadas simbólicamente la libido se separa del interés yoico, algo de la libido se separa del yo cuando habla. En el hipocondríaco es condición esta soldadura para no caer en el delirio.

"La histérica es analizable e interpretable, lo simbólico invade al cuerpo imaginario, y la lesión orgánica responde a una frase reprimida, síntoma del que gozan el neurótico y quienes el sostiene. El síntoma interroga a un sujeto capaz de transferencia. En la hipocondría se habla de los órganos como un intento de mantenerse en la esfera del órgano de la palabra. Interrogar a lo real del órgano desvía el lugar de la pregunta donde habrá muchas palabras para decir poco o nada del deseo". (7)

En cuanto al fenómeno psicossomático, ya en la misma denominación se establece una diferencia con el síntoma: no es una formación del inconciente, hecho del lenguaje sino un fenómeno, una manifestación, un hecho observable.

Para Lacan se trata de un fenómeno que pertenece al orden del número, real y no de la letra, simbólico: "¿cual es la suerte de goce que se encuentra en lo psicossomático? si evoqué una me-



táfora como de lo congelado, es porque hay efectivamente esa especie de fijación. Tampoco Freud emplea en balde el término *fixierung*, - es porque el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número". (8)

Si es del orden del número, no sería posible leerlo. Es un enigma escrito en el cuerpo portando un nombre propio: "Soy asmático", "Soy psoriásico" etc. El fenómeno psicósomático, por su misma estructura, esquivo la estructura del lenguaje, el trauma estaría inscripto directamente en el cuerpo.

En el fenómeno psicósomático hay un lugar silencioso, congelado, el sujeto no asocia, no se trata de una frase reprimida capaz de producir un síntoma. Es un significante holofraseado que se hace carne en un cuerpo sufriente. En el seminario 1, Lacan define a la holofrase como aquella situación entre dos personas, mirándose una a otra, esperando cada una que la otra ofrezca hacer algo que ambas partes desean pero que no están dispuestas a hacer. Es decir que holofrase indica que hay dos significantes pegados, y no se produce la separación.

"Hay un lugar mudo, que entregado al goce del Otro y que se sustrae a todo anudamiento significativo, dado que la lesión no se significa. La transferencia aparece como vaciada reclamando otro recurso que la interpretación simbólica". (9)

El fenómeno psicósomático esquivo la estructura del lenguaje, no se pone en cuestión el deseo del Otro, sino que se opera un esquivamiento del Otro. No se trata de la presencia de una articulación significativa, pero sí de la presencia de un significante unario, de un significante privilegiado, un S_1 para el que sería posible pensar en el jeroglífico, la firma, el nombre propio, el sello, el silencio o el grito, pero al cual Lacan prefiere relacionar con el jeroglífico." Un enfermo psicósomático es más bien complicado y se asemeja más a un jeroglífico que a un grito", (10) es un jeroglífico escrito en el desierto y el escrito es fundamentalmente para no ser leído. (11)

La incorporación de la estructura del lenguaje tiene sobre el cuerpo un efecto, que es la separación del cuerpo y del goce, el goce queda reservado a ciertas zonas erógenas del cuerpo.

En el fenómeno psicósomático habría un retorno del goce en el cuerpo, un atentado localizado

en el cuerpo. Al esquivar al Otro del significante, el Otro del cuerpo queda impreso. Es decir que un Otro está en cuestión en el fenómeno psicossomático, pero ese Otro es el cuerpo propio.

Se trataría de una alteración de la metáfora constitutiva que es la ausencia de afánisis. En la operación de alienación hay sustitución del vacío del conjunto sujeto por el S_1 . Es una metáfora constitutiva que es la condición de la metonimia de la cadena significante, metonimia que comienza con el S_2 , pero el $\$$ también puede operar con su falta, hay intersección y afánisis (La intersección entre el $\$$ como vacío y la falta en el Otro da como resultado el objeto a).

Si la afánisis no se cumple el proceso de constitución del $\$$ comienza en la alienación, allí se produce la primera identificación al S_1 . El $\$$ debería estar en afánisis, operar con su falta y no solo con su identificación significante.

Por ende, si el $\$$ no puede operar con su vacío, tampoco con el A (barrado), y en consecuencia la pregunta por el deseo de este A (barrado) queda suspendida a nivel de la demanda. El "a" no está en función significante y así aparece ligado a la materia eventual que viene a apoyarlo, es decir algo del cuerpo responde con la especificidad del goce, propio de los fenómenos psicossomáticos. (12)

En uno de sus escritos, "La posición del inconciente", Lacan va a decir que el organismo va más allá de los límites del cuerpo, incluyendo con el carácter de órgano a la libido, una libido fuera del cuerpo. Se trataría del cuerpo y de un territorio libidinal exterior.

En el fenómeno psicossomático la libido no es un órgano incorporal, como sucede en la histeria, sino que se vuelve corporificada. Sería una imaginarización de lo simbólico, culminando en una especie de impotencia. (13)

Parecería que Miller, para sus conceptualizaciones, se basó principalmente en "La posición del inconciente", "La conferencia de Ginebra", y el libro 11 y 20 del seminario. Pero Lacan también se ocupa en otros seminarios de los fenómenos psicossomáticos.

Ya en 1938, en "La familia" si bien no menciona específicamente a los fenómenos psicossomáticos, relaciona a un super-yo excesivo, propio de las neurosis de autopunición o neurosis de

destino, como determinante de ciertas enfermedades orgánicas. (14)

En el seminario 2, se refiere a los fenómenos psicósomáticos y la relación con el objeto. Para que haya relación con el objeto es necesario que exista ya relación narcisística del yo con el otro, que es a su vez la condición de toda objetivación del mundo externo.

En las reacciones psicósomáticas se trataría de saber cuáles son los órganos que entran en juego en la relación narcisística, imaginaria con el otro, donde se formó el yo. La estructuración imaginaria del yo se efectúa alrededor de la imagen especular del cuerpo propio, de la imagen del otro. Detrás del narcisismo está el autoerotismo, una masa de libido en el interior del organismo. "Las investiduras propiamente intraorgánicas que en el análisis llamamos autoeróticas desempeñan un papel muy importante, por cierto, en los fenómenos psicósomáticos. La erotización de tal o cual órgano es la metáfora que más frecuentemente aparece a causa de la sensación que induce en nosotros el orden de los fenómenos que están en juego en los fenómenos psicósomáticos". La distinción entre neurosis y el fenómeno psicósomático está marcada por esta línea divisoria que el narcisismo constituye.

"Si algo sugieren las reacciones psicósomáticas como tales, es que están fuera del registro de las construcciones neuróticas. No se trata de una relación con el objeto". Las reacciones psicósomáticas se sitúan a nivel de lo real y lo real carece de fisura, la exterioridad o interioridad no tienen ningún sentido en lo real. (15) Si bien no se trata de una relación con el objeto, el narcisismo conduce a una relación de objeto que es el cuerpo propio.

Esto explicaría lo cerrado del fenómeno psicósomático, ya que no hay ningún otro medio de aprehender lo real si no es por intermedio de lo simbólico. Para la producción de toda formación sintomática es necesario la coalescencia de al menos dos series de motivaciones: una es sexual, la otra es simbólica, el factor de la palabra, tal como es asumido por el sujeto. (16)

Es decir que el fenómeno psicósomático no participa de la motivación simbólica, no se trata de un síntoma.

En el seminario 11, Lacan relaciona los fenómenos psicósomáticos con el concepto de afánisis

del sujeto. Considera que lo psicossomático , aunque no es un signifiante , es algo que solo es concebible en la medida en que la inducción del signifiante a nivel del sujeto ocurrió de una manera que no pone en juego la afánisis del sujeto. Miller hace parte de su desarrollo en torno a estos conceptos, pero Lacan, además dice otras cosas que son importantes: se aleja de aquellas concepciones que argumentan que todo lo que sucede en lo somático tiene una replica psíquica y también menciona que se puede hablar de psicossomático en la medida que intervenga el deseo, aun cuando no se pueda tomar en cuenta la función de afánisis del sujeto. (17)

Miller va a decir que el inconciente no puede servir mas que para transformar el fenómeno psicossomático en síntoma, obrando de tal modo que el Otro en cuestión ya no sea solamente el cuerpo propio. Es por eso que se trataría de mostrar por que razón la respuesta psicossomática merecería llegar a ser una pregunta sobre el deseo. El cuerpo es imaginario, y el fenómeno psicossomático sería , como ya se menciona, una imaginarización de lo simbólico (se invierte el circuito I-S-R).

DEL LEMUR A LA BOA:

"Y las ramas cubrirán la profunda conmoción de sentir mi cuerpo devorado al fin por tí...sólo abrázame inocentemente así, oh no!...que descalza va la luna junto a tí...oh sí! si alguna vez yo mudo en tu piel, me uniré a la eternidad...sólo abrázame inocentemente así...se estremecerá el alheli, permanece en la tierra como el fin. Y en tu abrazo azul que me triturará, yo iré corrompiendo tu maldad...Y las sombras cubrirán la profunda conmoción de sentir mi cuerpo devorado al fin por tí...solo abrázame inocentemente así, oh no!...Y que descalza va la luna junto a tí, oh sí!...Y sin querer yo ser parte de tí, por fin, me despertaré." Luis Alberto Spinetta.

En "La tercera" Lacan dice que el cuerpo goza de objetos, siendo el primero de ellos el "a", el objeto del que no hay idea, salvo al romper ese objeto, en cuyo caso sus fragmentos son identificables corporalmente y, en tanto añicos del cuerpo, identificados. El objeto a separa al goce del cuerpo del goce fálico (Ver gráfico número 1).

El cuerpo se introduce en la economía del goce por la imagen del cuerpo. La prematuración explica la preferencia por la imagen, que surge cuando el sujeto anticipa su maduración corporal. El goce fálico está fuera-de-cuerpo, en esa misma medida el goce del Otro está fuera-de-lenguaje, fuera-de-simbólico. El goce del Otro es imposible, no es posible hacerse uno." Justamente por eso uno se revienta, porque en ningún caso dos cuerpos pueden hacerse uno, por más que se lo abrase "...en esos famosos abrazos a lo mas que puede llegarse es a decir ¡abrazame fuerte!, pero no se abraza tan fuerte como para que el otro termine reventado. De modo que no hay menor asomo de reducción al uno. Es una soberana broma. Si algo constituye el uno es, a decir verdad, el sentido del elemento, el sentido de lo que depende de la muerte". (18)

Se me ocurre pensar al fenómeno psicósomático como un nudo borromeo trunco, es decir que en cierta medida pierde su propiedad borromeica (Ver gráfico número 2).

La condición sería que el objeto a, por carencia o por exceso, estuviese malogrado, inservible. Es decir que el objeto a está roto y no es posible separar el goce del cuerpo del goce fálico. Entiendo al objeto a como el objeto que nunca puede alcanzarse, pero que además es la "causa del deseo" y no aquello hacia lo que el deseo tiende. Es decir que el objeto a es cualquier objeto que ponga en movimiento el deseo, en el caso de los fenómenos psicósomáticos el objeto a

bien podría estar suplantado por el cuerpo, y el goce fálico sería “dentro-de-cuerpo o goce del cuerpo, mientras que el goce del Otro aun quedaría fuera-de –lenguaje, pero intentando a través del cuerpo una reducción al uno, por medio de una imaginarización de lo real, con exclusión del registro simbólico. Se escribe en un lugar particular del cuerpo pero al ser del orden del número no se podría leer.

De todas formas habría algunas posibilidades de lectura, el fenómeno psicossomático sería un intento de nombrar lo innombrable ,sería algo del orden de lo real que se inscribe en el cuerpo sin mediación de lo simbólico. Se dice que el sujeto psicossomático se caracteriza por sumirse en la más pura mudez, que sus resistencias son feroces, que es derivado, que no demanda. Sin embargo una de las posibles lecturas o quizás una primera letra , además de escuchar su historia particular, sería prestar atención a aquello de lo que se queja y también a aquello que lo nombra:”soy asmático”,”soy Psoriásico” etc.

En el seminario 20, Lacan dice: “ Hablo con mi cuerpo, y sin saber. Luego, digo siempre más de lo que sé” . (19)

FIG.1 "EL FUERA-DE-CUERPO DEL GOCE FALICO"

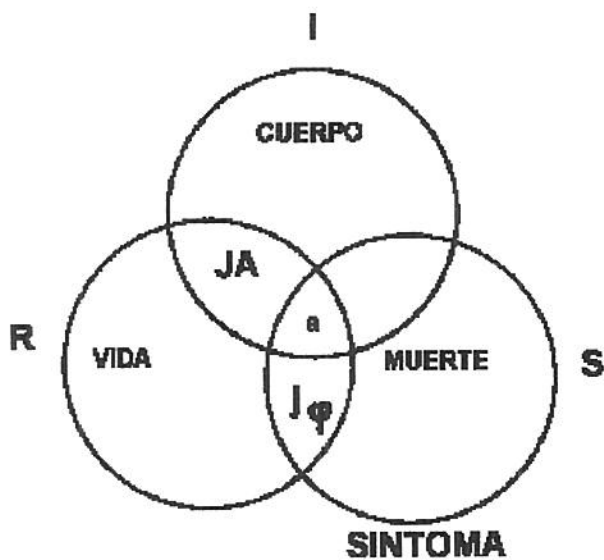
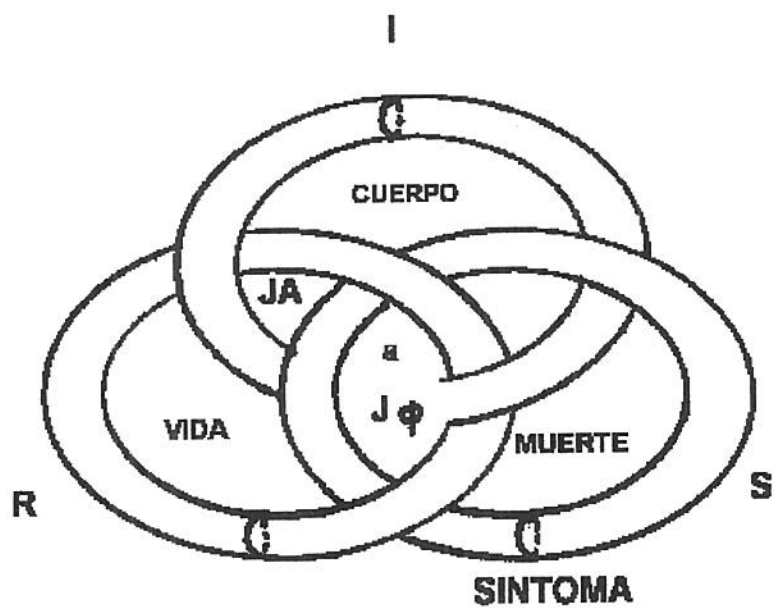


FIG.2 "EL DENTRO-DE-CUERPO DEL F.P.9"



PSICOSIS Y FENOMENOS PSICOSOMATICOS:

Al decir que el objeto a estaría suplantado por el cuerpo, se podría pensar también en la diferencia entre el síntoma y el sinthome, dado que en el sinthome falta el objeto a que anuda los tres registros. En Joyce, el significante artista vino a suplir la forclusión del nombre del padre, llenando algo que falta. El síntoma sería el equivoco del nudo y el sinthome su suplencia, tanto el síntoma como el sinthome anudan como un cuarto anillo. Si el fenómeno psicossomático fuese un sinthome, la tarea del análisis sería complicada y hasta contraproducente, ya que el sinthome proporciona una necesaria organización del goce y por ende no sería conveniente su disolución. En el fenómeno psicossomático podría hablarse de forclusión pero no con el carácter definitivo, de vencimiento como se ha traducido a esta palabra que no tiene equivalente claro en nuestro idioma.

En francés significa lo siguiente: "Dechéance du droit d'ester en justice parce que le délai légal est expiré", lo que sería traducible en "Disminución del derecho de intentar justicia porque el tiempo legal acordado para hacer algo a prescripto". (20)

Es decir que en la psicosis se podría hablar de "vencimiento", pero en los fenómenos psicossomáticos sería una "disminución" del derecho de intentar pasar algo por el orden simbólico.

También podría pensarse en términos de desconocimiento o de ignorancia. En las psicosis podría pensarse en ignorancia ya que no hay nada que desconocer porque no se conoció. El desconocimiento representa cierta organización de afirmaciones y negaciones a los que está apegado el sujeto, no es posible concebir el desconocimiento sin un conocimiento correlativo, tiene que haber algún conocimiento al que desconocer. (21)

A lo que quiero llegar es a que en los fenómenos psicossomáticos, al objeto a se lo conoció, solo que está roto y por ende se lo desconoce, en las psicosis no está roto porque simplemente no está dado que los anillos están desanudados.

El deseo puede hacerse reconocer por cualquier cosa, con tal que esa cualquier cosa esté organizada como sistema simbólico , pero en los fenómenos psicosomáticos el deseo no está así organizado, es jeroglífico como el material significante del síntoma, pero es "jeroglífico congelado". "Por la revelación del goce específico que hay en su fijación, es como siempre debe tenderse a abordar al psicosomático. En esto podemos esperar que el inconciente, la invención del inconciente pueda servir para algo .Lo que esperamos es darle el sentido de aquello de lo que se trata. Lo psicosomático es algo que ,de todos modos ,está en su fundamento profundamente arraigado a lo imaginario". (22)

LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y LOS DUELOS:

Suele relacionarse los fenómenos psicosomáticos con situaciones en las cuales se produce cierta dificultad para incluirlos en el circuito de la palabra .

Acontecimientos tales como duelos, pérdidas, mudanzas, cambios de trabajo, separaciones, casamientos de hijos etc., situaciones que por si mismas no explican las respuestas en el cuerpo, pero que son necesarios tramitar dado que conmueve lo cotidiano y requieren una elaboración psíquica.

Es decir que el fenómeno psicosomático sería una manera de expresar el dolor de la existencia. El duelo es la reacción a la pérdida de una persona amada o una abstracción equivalente como por ejemplo un ideal, la libertad etc.

Frente a una pérdida que atañe a la existencia hay diferentes posiciones subjetivas frente a la falta y frente a las fallas de inscripción de la falta: el fenómeno psicosomático es una de ellas.

Se trataría de un agujero en lo real, ya que no se trata de cualquier pérdida por la que el sujeto esta en duelo. El duelo es una reacción que surge bajo la influencia del examen de la realidad, que impone definitivamente la separación con el objeto , ya que este no existe mas.

En el duelo duele el cuerpo imaginario, el duelo conmueve a todo el universo significativo, el orden simbólico se desordena y la falta pierde localización, el sujeto no encuentra como nombrarse con respecto al objeto perdido.

Es decir : dolor en el cuerpo imaginario a expensas del borramiento de la falta en el Otro.

Frente a la pérdida el sujeto elabora una respuesta , característico de los síntomas conversivos.

Pero si no se dispone de recursos simbólicos para responder, reacciona con lo real orgánico.

El síntoma es una respuesta dirigida a un Otro, una respuesta a descifrar, tiene materialidad significativa. En los "historiales" frecuentemente el inicio de la sintomatología conversiva se vinculaba con una grave enfermedad del padre, su declinación como ideal, o su fallecimiento.

Por ejemplo: el dolor de la pierna de Isabel respondía a una transmutación de un dolor psíquico en dolor somático, sobredeterminado por la fijación que a medida que encontrando su desciframiento produce un acotamiento del goce en favor del acceso a un saber de lo inconciente.

En el fenómeno psicossomático se trataría de un modo de rechazar un ataque o agresión. Hay una manifestación inmediata y hay algo a lo que no se recurre, al recurso de interrogarse y de simbolizar. (23)

LA DIRECCION DE LA CURA:

Lacan afirma que es por la revelación del goce específico que hay en su fijación como debe tenderse a abordar a un psicósomático, cuando la palabra goce cobra un sentido en un psicósomático, éste ya dejó de serlo.

Hay que tener en cuenta que ese goce específico es inconmesurable, está relacionado con un nombre particular otorgado al fenómeno psicósomático que es el de falla epistemo-somática, hay una dimensión del cuerpo imposible de cuantificar que ha llegado a encarnarse y es del orden de lo incorpóreo, de lo impalpable, de lo inconmesurable.

En la presentación del sujeto hay una dimensión del ser y de la nominación : "soy asmático", "soy psoriasisico", "soy hipertenso" etc., son modos de nombrar una identidad (aquello que en la dimensión del nombre del padre, como padre que nombra quedo absolutamente abolido para el sujeto). (24)

En "Psicoanálisis y medicina" , Lacan dice:"Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que esperan de él ,pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo lo que es totalmente diferente , pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo , en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta , para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le convierten a él , el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad". Es decir que hay que tener en cuenta que no es lo mismo lo que el sujeto demanda que lo que desea. (25)

Las necesidades que la demanda expresa pueden satisfacerse, pero hay algo que persiste como resto, aun después del colmamiento de la necesidad, este resto constituye el deseo.

En la dirección de la cura, la cuestión de como el analista se compromete con estas demandas

es crucial. No se intenta gratificar las demandas del analizante , pero tampoco se trata simplemente de frustrarlas, sino de instrumentarlas.

El objetivo de la cura psicoanalítica es llevar al analizante a reconocer la verdad sobre su deseo. Se trata de mostrar por qué razón la respuesta psicósomática merecería llegar a ser una pregunta sobre el deseo. Hay que transformar el fenómeno psicósomático en síntoma, obrando de tal modo que el Otro en cuestión ya no sea solamente el cuerpo propio. (26)

Es decir que para Miller el fenómeno psicósomático, imaginario, a través de la interrogación del deseo, se transforma en síntoma, simbólico.

En el seminario 11, Lacan va a decir que “ el intento de tratar pacientes con enfermedades orgánicas mediante el psicoanálisis presenta problemas específicos que a menudo no difieren de los problemas con que se tropiezan en el análisis de pacientes psicóticos”.

Al no ser una lesión un significante, como lo es el síntoma conversivo, no entra en la transferencia simbólica, no se registra como palabra, no se escucha en la transferencia.

Es por eso que la singularidad marca la línea a seguir en cada análisis, no existe algo así como una fantasía universal de todos los asmáticos o todos los hipertensos.

La demanda del sujeto que presenta una afección psicósomática no es como la demanda del neurótico , no suele existir una demanda en sí, ni siquiera la remota intención de una consulta.

Es siguiendo la indicación médica como por lo general llegan al psicoanalista.

Hay una mudez que es característica del fenómeno psicósomático y dado que el sujeto no se presenta desde la pregunta, sino de una reacción de su cuerpo, esto supone un obstáculo para la construcción del sujeto supuesto de saber.

Es por eso que no se trata de forzar algo del orden de la pregunta allí donde no es posible, sino de ofertar la posibilidad de escucha y que en los dichos algo pueda conmovirse en dirección a un punto de división subjetiva, que algo pueda ser puesto en cuestión y necesariamente no es en relación al asma, la psoriasis, la hipertensión etc.

Es decir que no se trata de insistir allí donde se manifiesta algo del orden de lo indecible, sino

que algo de lo indecible empuje a hablar.

No se trata del Otro del significante, el deseo del Otro el que es interrogado, sino del cuerpo como Otro que lleva algo del orden de lo indecible mortificándolo.

La pregunta por el deseo del Otro genera angustia, en el fenómeno psicossomático no habría lugar para la aparición de angustia señal que da cuenta de la relación entre el sujeto y el Otro, en función de estar obstaculizado el camino que lleva a la interrogación por el deseo del Otro. La angustia podría situarse en relación al fenómeno psicossomático en la vertiente de la angustia automática, accesos de angustia que determinan efectos en el cuerpo.

La omnipotencia del Otro detiene al neurótico en una posición de goce. Toparse con que el Otro está castrado abre a una posición deseante, para esto es preciso la emergencia de la angustia que introduce una distancia entre goce y deseo. El fenómeno psicossomático podría terminar si el proceso termina en la angustia, si el sujeto puede angustiarse. (27)

También se puede pensar que la sintomatización del fenómeno psicossomático, como propone Miller, no sería posible por una cuestión misma de la estructura que lo alberga, pero sí que exista la posibilidad de fantasmaticación del fenómeno, la posibilidad de que se enmarque.

Es decir que ese goce específico del fenómeno psicossomático pueda acotarse y eso dependerá de las vicisitudes de cada sujeto, de la posibilidad que tenga o no de poder ir escribiendo su historia, que ese goce pueda dominarse. (28)

El analista debería prestar atención a los rasgos singulares que caracterizan el guión fantasmático particular de cada sujeto.

Estos rasgos únicos expresan el modo específico de goce, aunque de una manera distorsionada que permite al sujeto sostener su deseo. En sí, la cura debe producir alguna modificación del modo de defensa fundamental del sujeto, alguna alteración en su modo de goce.

Para el fenómeno psicossomático Lacan prefirió utilizar el término invención y no creación o sublimación. La invención supone un tratamiento particular del vacío y la posibilidad de alojar el goce con el que el sujeto se confronta.

“Lo que esperamos es darle el sentido de aquello de lo que se trata. Lo psicossomático es algo que, de todos modos, está en su fundamento profundamente arraigado en lo imaginario”. (30)

Tanto la creación como la invención implican la construcción de algo nuevo. Es por eso que quizás tampoco pueda desecharse la posibilidad de sublimación, ya que es el mecanismo acto para el neurótico y también para el psicótico.

En la sublimación se trata de hacer algo de la nada, el alfarero construye una vajilla contorneando con el vacío. (31)

Al decir que es por la revelación del goce específico como debe tenderse a abordar al psicossomático, Lacan indica que eso que irrumpe en el cuerpo es necesario escucharlo, para ir acotando ese goce, pero posiblemente no por vía de la interpretación, sino más bien por la vía del acto, del corte, del suspenso, rechazando ese goce que se da a ver. Es decir que no se trataría de operar sobre el fenómeno psicossomático sino sobre las condiciones de presentación.(32)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Cfr. web del Dr. Sshapachnik Edgardo " El cuerpo en la clínica psicoanalítica: síntoma y fenómeno psicossomático".
- (2) Cfr. web del Dr. Schapachnik edgardo " Hipertensión arterial: ¿drama en tres actos? ".
Cfr. Schneider P. " Psicología aplicada a la práctica médica ", (p.228 a 230 en "La tendencia psicossomática en medicina") , Ed. paidós , 1974.
- (3) Cfr. Lacan Jacques, " Intervenciones y Textos 1" ,(p.92 en "Psicoanálisis y medicina "), Ed. Manantial, 1988
- (4) Cfr. Diamandy y Frigerio, "El cuerpo en la clínica psicoanalítica", en <http://www.edupsi.com/cuerpo>
- (5) Cfr. Zuberma José, " El síntoma histérico ,el fenómeno psicossomático, y el discurrir hipocondríaco" en <http://www.edupsi.com/cuerpo>
- (6) Cfr. Miller Jacques-Alain, "Matemas II", (p.173 a 181 en "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático") , Ed. Manantial, 1994.
Cfr. Vasquez mirta, " Psicossomática y psicoanálisis" ,revista Tatuajes N° 2, septiembre de 1999.
- (7) Op. cit. Zuberma José.
- (8) Lacan Jacques, " Intervenciones y textos 2", (p.139 en " Conferencia de Ginebra") , Ed. Manantial, 1994.
- (9) Op.cit. Zuberma José.
- (10) Op.cit. Lacan Jacques (p.138).
- (11) Op.cit. Miller Jacques-Alain (p.176).
- (12) Cfr. Molina Olga, "La lógica de la cura" en revista Tatuajes N°3 ,enero 2000.
- (13) Cfr. Op.cit. Miller Jacques-Alain, (p.181).

- (14) Cfr. Lacan Jacques, "La familia", (p.132), Ed. Argonauta, 1938.
- (15) Cfr. Lacan Jacques, " El seminario, libro 2: El yo en la teoría de Freud", Ed. Paidós, 1953-1954.
- (16) Cfr. Op.cit. Lacan Jacques, (Libro 2, p.209).
- (17) Cfr. Lacan Jacques, "El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis", (p.138), Ed. Paidós, 1964.
- (18) Lacan Jacques, Op.cit. (Intervenciones y textos 2, p.89 a 106 en "La tercera").
- (19) Lacan Jacques, "El seminario, libro 20 : Aun", Ed. Paidós , 1972-1973.
- (20) Nouveau petit Larousse, Ed. Librairie Larousse, Paris, 1968.
- (21) Lacan Jacques, "El seminario, libro 1: Los escritos técnicos de Freud", (p.249), Ed. Paidós, 1953-1954.
- (22) Op.cit. Lacan Jacques, (Intervenciones y textos 2, p.139-140 en "Conferencia de Ginebra")
- (23) Cfr. Dreizzen Adriana, "Los duelos en la clínica psicoanalítica" en <http://www.edupsi.com/cuerpo>
- (24) Idem. anterior autor.
- (25) Cfr. Op.cit. Lacan Jacques, (Intervenciones y textos 1, p.91 y 94, en "Psicoanálisis y medicina").
- (26) Cfr. Op.cit. Miller Jacques-Alain, (p.181).
- (27) Cfr. Diamandy y frigerio, " Psicoanálisis :una cuestión de límites", en revista Tatuajes N°2, septiembre 1999 y en <http://www.edupsi.com/cuerpo>
- (28) Cfr. Ben David, "Apuntes sobre el fenómeno psicósomático" en <http://www.edupsi.com/cuerpo>
- (29) Cfr. Op.cit. Lacan Jacques, (Libro 11, p.185).
- (30) Cfr. Op.cit. , (Conferencia de Ginebra, p.139-140).

(31) Cfr. Lacan Jacques, " El seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis", (p.81). Ed.

Paidós, 1959-1960.

(32) Cfr. Op.cit. Ben David.

6° PARTE:

“CONCLUSIONES ”

CONCLUSIONES:

La ciencia medica, al no hallar una respuesta etiológica que diera cuenta de ciertas afecciones, atribuyó a estas el atributo de "psicosomáticas". Hay un discurso medico de exclusivo corte biológico que mantiene el dualismo cartesiano entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu. Se trata de un modelo centrado en la prescripción farmacológica o el tratamiento a través de procesos mecánicos.

A su vez, hay un discurso medico que tiende a apoyarse en la complejidad, en un principio de multicausalidad, que considera a la persona como un ser biopsicosocial. Se apoya en la consideración de factores constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos y emocionales.

Es decir que se estaría produciendo una transformación epistemica en la propia ciencia medica al incluir esos diversos factores en la consideración de las causas que contribuyen a la aparición de un trastorno físico.

En el campo de la psicología se aceptó la denominación de psicossomático para aquellas afecciones que no podían ser explicadas por la ciencia medica, y diversas corrientes teóricas intentaron ocuparse de ellas, ya sea trasladando simplemente el cuerpo teórico existente al nuevo campo o buscando nuevas y particularizadas explicaciones.

Desde la perspectiva sistémica el énfasis es puesto mas en la interacción que en el paciente aislado, el síntoma psicossomático es considerado como una expresión de la disfunción familiar y por ende dependerá del cambio en los patrones disfuncionales de interacción.

Es necesario que toda la familia acuda a la terapia, para que sea posible explorar el significado que el síntoma corpóreo tiene dentro del contexto familiar, pero sobre la base de la interdisciplinaredad. La terapia se dará como finalizada no con la desaparición del síntoma sino con la evolución positiva de la dinámica familiar.

En la perspectiva cognitiva-conductual se destacan dos enfoques: el que adopta un modelo asociacionista y aquel que se suscribe a una metateoría constructivista.

Para el modelo cognitivo-conductual asociacionista el individuo se apodera activamente de su ambiente, y actúa como un científico para determinar cual es la mejor respuesta ante las demandas contextuales y ambientales. En la cognición subjetiva de la enfermedad intervendrían factores psicológicos, psicosociales, sociales y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad.

Es decir que el "sentirse enfermo " estaría condicionado por significados y normas sociales.

En una terapia cognitiva-conductual asociacionista busca eliminar las creencias irracionales, que conducen a disfunciones y estados autodestructivos. Implica un proceso de reeducación cognitivo-emocional para corregir las malas concepciones y hábitos irracionales.

En el modelo cognitivo-conductual constructivista no se considera que exista una realidad única y objetiva, sino que se construye con la participación activa y decisiva del individuo en el proceso perceptivo.

Se considera inadmisibles una terapia que se base en términos persuasivos o en una especie de curso didáctico . Se trata de lograr que el individuo pueda reconstruir el significado del síntoma físico que lo perjudica, el rol del terapeuta es el de perturbador emocional estratégicamente orientado para lograr producir cambios en el punto de vista de si mismo del paciente.

Desde una perspectiva fenomenológica-existencial el abordaje terapéutico de una persona que consulta por un fenómeno psicosomático, no es diverso al del abordaje de cualquier otro cliente que consulta por una causa diferente.

Los diagnósticos o clasificaciones previas, ya sean realizadas por un médico clínico, un psiquiatra u otro psicólogo, carecen de poder determinante de la forma de operar con ese paciente, dado que desde esta perspectiva, no se trabaja con diagnósticos.

Se acepta incondicionalmente la dirección que la persona quiera dar en su búsqueda de la auto-realización, el psicoterapeuta acompaña al cliente a que descubra a través de la autoexploración, el sentido que ese síntoma físico que le preocupa, sin perder nunca la idea de unidad.

Por último, desde el psicoanálisis, muchos autores traspasaron los datos psicoanalíticos sobre la etiopatogenia de las neurosis a lo psicósomático, otros relacionan la afección psicósomática con perfiles de personalidad específicos. Pero en general se acuerda en diferenciar entre las neurosis, la hipocondría y los fenómenos psicósomáticos. Es por eso que no se habla de síntoma sino de "fenómeno psicósomático", un síntoma es entendido como un significante de un significado reprimido en la conciencia del sujeto, en cambio un fenómeno es una manifestación, un hecho observable, pero que no tiene la misma plasticidad que el síntoma, y por ende pone una especie de límite al trabajo psicoanalítico clásico.

Hay una ética puesta en juego cuando se trata de lo llamado fenómeno psicósomático, es necesario tener en cuenta la demanda del sujeto sobre su padecer y, a su vez, el goce del cuerpo que en su gozar se presenta como ajeno, cuerpo de Otro. Es lo que Lacan conceptualiza como falla epistemo-somática. Se trata del efecto que tiene el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo, este es fotografiado, radiografiado, calibrado, diagramado, condicionado etc., pero hay algo que inexorablemente se presenta como inconmesurable, algo que queda excluido: la dimensión del goce.

En el campo de la medicina, y también de la psicología, se produce una falla en el saber que es suturada por el término psicósomático. No se trata del conocimiento, que es del orden imaginario, sino del saber que es simbólico.

Se trata de una falla en el ser, falla en un saber que se instala en el cuerpo. En los fenómenos psicósomáticos, el cuerpo se hace sostén de un saber que no puede ser tramitado simbólicamente, hay una obturación de lo simbólico. El saber es la articulación de los significantes en el universo simbólico del sujeto, su cadena signifiante. No se trata de un "saber absoluto", dado que lo inconciente es irreductible, sino de un saber simbólico de la verdad sobre el propio deseo inconciente, es una forma de goce: "el saber es el goce del Otro". Hay una dependencia del de-

seo del Otro, cuyo goce imposible es el principio de la lesión que se engendra en el sujeto. Es decir que en la dirección de la cura es necesario tener en cuenta la dimensión ética que se extiende en la dirección del goce, dado que la demanda del sujeto y el goce del cuerpo confinan en esta dimensión ética, hay una falla entre demanda y deseo, hay una demanda de saber y desde esta posición ética, que reconoce esa dimensión incorpórea , se trata de una dialectización de aquello que se encarno como fenómeno.

“BIBLIOGRAFIA”

BIBLIOGRAFIA:

1. PSICOSOMATICA Y DISCURSO MEDICO:

- Bellack L. , "Psicología aplicada a la practica médica", Ed. Paidós.
- Bleger José,"Psicología y medicina"(en "Psicología y cáncer" de Schalvenson J.), Ed. Paidós,1965.
- Bochatay y otros, "El abordaje transdisciplinario de la enfermedad cardiovascular" en revista Tatuajes N°4, enero del 2001.
- Cardenal Hernaez y otros:"Medicina psicosomática", en www.psicologia.com.
- Clavreul j. : "El orden médico",Ed.Argot,1978.
- Del Pino,"Medicina psicosomática :estrés" en <http://www.tusalud.com.mx/ro701.htm>
- "Esquemas comentados del DSM III para lo psicosomático" en <http://www.nombrar.org.ar/nasio>
- Scheider P. : "psicología aplicada a la práctica médica",Ed. Paidos

2. PSICOSOMÁTICA Y PERSPECTIVA SISTEMICA:

- Selvini Palazzoni, "Los juegos psicóticos de la familia", Ed. Paidós,1990, Barcelona.
- Soto Martinez, "Apuntes para el tratamiento de la enfermedad psicosomática desde la terapia familiar sistémica" en <http://www.universidad.compl./madrid.com>
- Minuchin Salvador: "Familias y terapia familiar", Ed. Gedisa,1979,Barcelona.
- Onnis Luigi: "Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos",Ed. Paidos,1990, Barcelona
- Watzlawick Paul y otros:"Teoria de la comunicación humana",Ed. Hedes, 1981, Barcelona

3. PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

- Bados A. : "Los tics y sus trastornos: naturaleza y trastornos en la infancia y la adolescencia", Ed. Pirámide,1995, Madrid.
- Di Silvestre cristina: "Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad" en <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm>.
- <http://neuro-www2.mgh.harvard.edu/tsa/tsamain.ncl>
- <http://www.mentalhealth.com./fr20.html>

4. PSICOSOMATICA Y PERSPECTIVA FENOMENOLOGICA-EXISTENCIAL:

- "Introducción a la psicoterapia existencial" en www.psicologia-online.com
- Unikel Alejandro, "Los nuevos criterios para contactar la realidad y sus efectos sobre la psicoterapia" en <http://www.gestaltnet.com.ar/publicación.htm>

5. LOS FENOMENOS PSICOSOMATICOS Y EL PSICOANALISIS:

- Dreizzen, Adriana: "El cuerpo en psicoanálisis", Cuadernos Sigmund Freud n°18, 1996.
- Freud, Sigmund: "Obras completas", Amorrortu editores, Bs.As.
- Lacan, Jacques: El seminario.

Libro 1; "Los escritos técnicos de Freud", 1953-1954,

Libro 2; "El yo en la teoría de Freud y la técnica psicoanalítica", 1954-1955 .

Libro 3; "Las psicosis", 1955-1956.

Libro 4; "La relación de objeto", 1956-1957.

Libro 5; "Las formaciones del inconsciente", 1957-1958.

Libro 7; "La ética del psicoanálisis", 1959-1960.

Libro 11; "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis", 1964.

Libro 17; "El reverso del psicoanálisis", 1969-1970.

Libro 20; "aun", 1972-1973.

(Todos los seminarios de Ed. Paidós)

"Escritos 1 y 2" , 1966, Ed, Siglo veintiuno.

"Intervenciones y textos 2", Ed. Manantiales, 1988.

- Miller Jacques-Alain, "Matemas II", Ed. Manantial, 1994.
- Nasio Juan David, "Los gritos del cuerpo", Ed. Paidós, 1996.
- Noceti y Sorribas, "Las histerias y el Rorschach psicoanalítico", Ed. Paidós, 1982.
- Sorribas y Izaguirre, "Los enfermos psicósomáticos: personalidades míticas", Ed. Psicoanálisis y Rorschach, 1993.