

**Título: “La psicósomática en la clínica. ¿Podrá requerir alguna modificación terapéutica?”**

**INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo será desarrollado como requisito de la finalización de la carrera de grado de licenciatura en psicología de la Universidad de Buenos Aires. El tema que se desarrollará a lo largo de la siguiente tesis es el abordaje terapéutico del psicoanálisis en los pacientes considerados psicósomáticos. Por otro lado se va a exponer de forma clara los abordajes terapéuticos y las herramientas que nos proveen la teoría cognitiva conductual (TCC), la terapia de grupos en el marco del psicoanálisis y la terapéutica de la imaginación material (TIM), con el objetivo de tratar de responder a la pregunta que impulsa este trabajo “La psicósomática en la clínica. ¿Podrá requerir alguna modificación terapéutica?”. En este sentido se plantea como hipótesis: en lo psicósomático ¿el psicoanálisis se podría enriquecer con herramientas de otras teorías?

En relación a lo planteado y considerando la actualidad e importancia que tienen las patologías con manifestación clínica de dolor crónico, se tratará de explicar desde donde se sostiene el dolor, para reflexionar sobre los desafíos que presenta a la práctica actual, la terapéutica de estas patologías. Como se expuso más arriba, el marco teórico desde el que se fundamentará el tema es el psicoanálisis.

**PLANTEO DEL PROBLEMA**

El tema que se desarrollará a lo largo de la tesis, está circunscripto en el área clínica en su especificidad del enfermar psicósomático.

Se desarrollará el abordaje terapéutico psicoanalítico haciendo foco en la práctica clínica de los psicoanalistas, con el objetivo de plantear cómo trabaja el psicoanálisis con los pacientes considerados psicósomáticos, partiendo de las contribuciones teóricas de sus principales referentes (Freud y Lacan); y los aportes de psicoanalistas contemporáneos. El propósito es plantear cuál sería el problema del psicoanálisis en la terapéutica con pacientes psicósomáticos, tomando en consideración que estos sujetos presentan dificultad para entrar en transferencia, lo

que dificultaría el trabajo con la técnica del psicoanálisis cuya base es la transferencia. En este sentido, el fin es pensar en técnicas alternativas que ayuden y sean beneficiosas en el trabajo con estos pacientes, por este motivo se expondrán las herramientas terapéuticas vinculables a otras teorías: la cognitiva conductual (TCC), terapia de grupos en el marco del psicoanálisis y la terapéutica de la imaginación material (TIM), con el objetivo de tenerlas presente y disponer de las mismas cuando se considere pertinente en la clínica psicoanalítica con los pacientes psicosomáticos.

Los objetivos planteados en el presente trabajo son:

### Objetivo general

Habiendo fundamentado las características del paciente psicosomático y explicado de forma clara los diferentes abordajes terapéuticos con sus técnicas (TCC-TIM-GRUPO), el objetivo es problematizar la técnica del psicoanálisis y juzgar el aporte de otros abordajes terapéuticos en la clínica con los pacientes psicosomáticos. Entonces sería pertinente reflexionar en relación a los otros abordajes ¿aportarían a la práctica del psicoanálisis, herramientas beneficiosas en el tratamiento con estos pacientes?

### Objetivos específicos

- Tratar de pensar y responder la pregunta articuladora del presente trabajo.  
*“La psicosomática en la clínica. ¿Podrá requerir alguna modificación terapéutica?”*
- Explicar y estimar las posibles respuestas a la pregunta anterior, en relación al probable uso de herramientas de (TCC-TIM-GRUPO), cuando se considere pertinente y necesario en el trabajo con los pacientes psicosomáticos.
- En relación al dolor, reflexionar y tratar de responder, cuál puede ser el lugar desde donde se sostiene el dolor y los desafíos que presenta a la clínica su abordaje terapéutico.

## **MARCO TEÓRICO**

Se abordará y fundamentará el siguiente trabajo, desde el marco teórico de la psicología y la psicodinámica. Retomando a Sigmund Freud y Jacques Lacan, sus desarrollos iniciales y antecedentes sobre el presente tema.

En relación al concepto de lo psicosomático, Ulnik toma el concepto de fenómeno psicosomático de Lacan y dice que es válido si estamos dispuestos a decirlo en plural, porque los “fenómenos” psicosomáticos no son todos iguales. En relación a los pacientes se puede “aislar un tipo de personas que tiene la tendencia a reaccionar con somatizaciones frente a situaciones de conflicto que no pueden ser elaborados de otra manera”. (Ulnik, Jorge C, p.123, 2002).

A lo largo del presente trabajo y a los fines prácticos, nos referiremos a las personas que padecen éstas enfermedades como “pacientes psicosomáticos”, haciendo foco en el dolor crónico. Nasio conceptualiza al dolor tomando las contribuciones de Freud, plantea que “el dolor físico significa un desbaratamiento grave del yo y la parálisis del principio del placer, guardián de nuestro equilibrio psíquico. El dolor expresa algo que está más allá del principio del placer. Conmociona al yo pero no lo destruye”.(Nasio, J, p.108, 2007). Lacan hace referencia al dolor como la expresión del goce que es un exceso, es la satisfacción de la pulsión al penetrar en el campo central incognoscible, en “el más allá del deseo”. (Lacan, J. 1959-1960).

El dolor representa la alarma de una función alterada, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) indica que es, "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial. El dolor es siempre subjetivo". (Rocha, C, p. 39, 2007). Es importante diferenciarlo del dolor oncológico que es uno de los principales síntomas en cualquier tipo de afección neoplásica, cuando se manifiesta resulta ya inútil, lesivo y constituye una fuente de sufrimiento. Por lo que es menester mitigarlo de manera inmediata y eficaz. “Las causas de dolor neoplásico son: la invasión tumoral directa (metástasis óseas, compresión nerviosa); las relacionadas con el tratamiento del cáncer (cirugía, radioterapia y quimioterapia); no relacionado al tumor ni al tratamiento oncoespecífico”. (Rocha, C, p. 39, 2007).

Como antecedente de lo psicosomático en Freud, en la conferencia 24, plantea a las *neurosis actuales* como algo más del orden de lo orgánico; la causa es la no descarga de libido somática o la descarga inadecuada, entonces la libido actúa al modo de una sustancia tóxica, provocando síntomas que se exteriorizan en el

cuerpo; no tiene mecanismo psíquico es decir que no hay elaboración psíquica de la libido, entonces el síntoma es inanalizable. (Freud, S. 1916-1917).

Para explicar el conflicto entre instancias (yo-ello-superyó), se definirá la *pulsión* como concepto límite entre lo psíquico y lo somático, como representante de los estímulos que provienen del interior del cuerpo, que arriban al alma y como magnitud de exigencia de trabajo impuesta a lo psíquico a consecuencia de su conexión con lo somático.(Freud, S.1915). En este sentido, la enfermedad somática podría estar causada por el modo de tramitar la satisfacción de la pulsión.

Para explicar los avatares del sujeto en relación al síntoma somático, que Lacan lo conceptualiza como *fenómeno psicosomático* para resaltar su carácter de transestructural y su diferencia con el síntoma neurótico en su modo de producción y características. En este sentido se tomará el concepto de *holofrase* es una palabra con sentido unívoco, tiene un significado concreto, no puede ser interrogada y produce una respuesta. La holofrase es la causa del fenómeno psicosomático (Lacan, J, 1964). Lacan conceptualiza al *sujeto* como proveniente del campo del “Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, el campo de ese ser sujeto tiene que aparecer” (Lacan, J. p. 212, 1964).

El psicoanálisis trabaja con la regla fundamental de *asociación libre*, “diga todo lo que se le venga a la cabeza”, sin crítica, ni selección previa. Lo fundamental es lo que media entre el paciente y el analista: la *transferencia* que es una pieza de repetición del pasado olvidado e inconciente que se actualiza sobre ciertos objetos: sobre la persona del analista y todos los demás sectores de la situación presente. Entonces, el pasado olvidado que es una representación inconciente con carga, se desplaza y transfiere su carga a una representación conciente (Freud, S. 1914). En el trabajo de hacer conciente lo inconciente, se recurre a las dos intervenciones princeps del psicoanálisis, por un lado la *interpretación*, se hace sobre un elemento sencillo del material que el paciente trae al análisis por ejemplo como una asociación o parapraxia, para hacerlo conciente y darle un nuevo giro en el tratamiento; pero esta intervención no es suficiente cuando se presentan las resistencias del *superyo*, cuyo nombre técnico es reacción terapéutica negativa (R.T.N), y del *ello* (la compulsión a la repetición), así como en las situaciones en que la pulsión de muerte no ligada y el masoquismo pueden interrumpir el análisis.

Entonces Freud recurre a otro tipo intervención, las *construcciones* donde la “tarea del psicoanalista es hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas

que ha dejado tras de sí, debe reconstruir ese pasado olvidado y comunicarlo al sujeto del análisis, de modo que pueda actuar sobre él; constituye entonces otro fragmento con el material que le llega, hace lo mismo y sigue de este modo alternativo hasta el final". (Freud, S. p. 3367,1937). En este sentido y considerando la dificultad de los pacientes psicósomáticos para poner en palabras lo que les sucede a nivel psíquico y emocional, se trabaja durante el análisis de manera predominante con construcciones.

Pierre Marty, conceptualiza que en los enfermos psicósomáticos existe una carencia de actividad fantasmática, que corre paralela al desarrollo del pensamiento operatorio que es un pensamiento conciente y tiene dos características:

- 1) No parece poseer lazo orgánico con una actividad fantasmática de cierto nivel.
- 2) Duplica y ejemplifica la acción, ya sea que la siga o la preceda en un campo temporal limitado.

El pensamiento operatorio es, sin ningún tipo de elaboración, sin lazo con una actividad fantasmática de nivel apreciable, como duplicación de la acción sin referencia a un objeto interior realmente vivo (Marty, P. 1963).

En relación a la función onírica, en ciertos tipos de sueños la elaboración simbólica es mínima, la capacidad representativa es muy baja, configuran un pensamiento operatorio en el marco del sueño que lo llaman sueños "blancos", por analogía con la relación blanca que estos sujetos mantienen con las personas de su entorno y con el analista. En este sentido la razón de la carencia de la actividad representativa en general es por la mala mentalización porque las representaciones no fueron procesadas por el preconiente (Ulnik, Jorge). Como consecuencia, ante una actividad fantasmática de tipo operatorio, la mala mentalización y la ausencia de asociaciones que no sean una descripción detallada de actos, las funciones somáticas son la vía económica esencial y se transforman en un lugar fecundo para los desencadenamientos mórbidos, que escapan al aparato mental; el psicoanalista se siente engañado por el cuadro clínico y desconcertado en relación a las posibilidades de la psicoterapia. En relación a las medidas técnicas, se pueden desviar de la relación terapéutica clásica ya que es probable tener que optar por abrir la vía a representaciones mentales de cualquier calidad y es fundamental no romper la elaboración fantasmática en un sujeto con pensamiento operatorio. Ninguna intervención debe trabar el desarrollo de una función que se presentó hasta el momento débilmente, lo que con toda evidencia hace referencia al silencio del

analista. (Marty, P. 1963). Al respecto, el autor dice “el psicoanálisis, punto de partida de la psicopatología, constituye siempre su referencia esencial. En contrapartida, la psicopatología contribuye al enriquecimiento del psicoanálisis y de los psicoanalistas en numerosos aspectos” (Marty, P, p.22, 1992).

**La Terapia de Grupos**, desde la perspectiva del psicoanálisis; se concibe al grupo como una totalidad, considerando que la conducta de cada miembro, siempre se ve influida por su participación en el seno colectivo. Los grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos (Grinberg, L. 1987). Se propone el trabajo en grupos homogéneos con los pacientes psicopatológicos. El objetivo en común es que los integrantes se sientan comprendidos, contenidos, generar el sentimiento de pertenencia y apoyo que permite romper con el sentimiento de soledad. En psicología de las masas y análisis del yo, Freud expresa “la psicología individual es, al mismo tiempo y desde un principio psicología social”. (Grinberg, L. 1987).

**La Terapia Cognitiva Conductual (TCC)**, se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos están determinados por el modo cómo las personas interpretan esas situaciones. (Beck, J. 2000). Se debe establecer la *alianza terapéutica* que involucra la naturaleza de la relación paciente-terapeuta, el acuerdo acerca de los roles y los objetivos del trabajo terapéutico. La alianza es el predictor más poderoso del éxito en la psicoterapia. (Keegan, & Holas,2009).

**La Terapéutica de la Imaginación Material de Sami-Ali (TIM)** es un método que modifica radicalmente el funcionamiento psicopatológico del paciente, porque hace desaparecer problemas funcionales y permite la remisión de patologías orgánicas severas. La terapia pone en marcha lo más subjetivo, la proyección no defensiva, que tiende a activar lo imaginario, liberando lo inherente a su constitución: la afectividad que ligada a la infancia alcanza su máxima expresión en los sueños. (Sami-Ali, 1996).

En relación al funcionamiento del organismo y cómo reacciona ante los estímulos, se desarrollará oportunamente el *sistema nervioso autónomo* en interrelación con el *inmunitario*, para comprender la relación de estos y las emociones. (Patrono, R.; Fernández A. 2010). La fisiopatología explica la etiología y fisiología de las

enfermedades. Su concepción de la *psicosomática* es que ante una manifestación orgánica normal o patológica ampliamos el ángulo de nuestra mirada para desentrañar los mecanismos e interrelaciones que desencadenan, modulan o interfieren en estas manifestaciones. (Chiapella, A., Sánchez, S).

### **BREVE RESEÑA DE ESTUDIOS SOBRE EL TEMA**

Se desarrollará las contribuciones teóricas de los psicoanalistas contemporáneos: Jorge Ulnik, Héctor Fiorini y David Liberman. En relación a lo psicosomático, Ulnik plantea que “lo más adecuado sería llamar psicosomático al paciente que tiene la propensión a enfermar como modo de reaccionar a los problemas de la vida, a hechos vitales o a cualquier situación de conflicto”. (Ulnik, 1996, p.6).

Considerando la actualidad e importancia que tienen las patologías psicosomáticas que presentan dolor crónico, se conceptualiza al dolor como la irrupción de grandes cantidades de estímulo hacia el sistema psíquico y deja facilitaciones, entre otros elementos cuyo registro es la vivencia de dolor. Estas facilitaciones son entre el objeto hostil que produjo el dolor y la tendencia a la descarga de excitación. (Ulnik, J. 2002).

En relación a estos pacientes considerados psicosomáticos es importante considerar que ese modo de funcionar y reaccionar frente a los hechos de la vida, de acuerdo a lo que ocurre en su contexto específico (social, económico, familiar, su cuerpo y como sujeto singular), considero pertinente y esclarecedor tomar el concepto de Fiorini de “*Situación*, que designa un *objeto articulador*. Su función de articulación se realiza por *efectos de montaje*, dados por yuxtaposiciones entre series, cuyas resonancias ligan entre sí a diferentes tipos de objetos: discursos, cuerpos, instituciones, grupos, fantasmas individuales” (Fiorini, H. p.121, 1993). La *situación* se construye y se sostiene en esos conjuntos de objetos diversos y a su vez, es configurador del sentido otorgado a esos conjuntos de objetos. Entonces, a partir del despliegue de la situación de un paciente, se consideran los diferentes abordajes técnicos posibles.

Parafraseando al Dr. Fiorini, la cuestión es pensar con los pacientes en *sus* situaciones y a intervenir *en* situaciones. Desde esta perspectiva más amplia y compleja, que concibe al paciente como un sujeto inserto en un contexto específico

y con unas condiciones de vida determinadas, tiene como consecuencia que *la situación* ubica al paciente y al profesional en la construcción de un trabajo interdisciplinario, ya que, ninguna disciplina en ciencias humanas, sola, puede abarcar la complejidad y singularidad de cada situación. En este sentido es que, de acuerdo a la *situación* del paciente se delimita el “trabajo focal” que debería ser hecho en el interior de una situación, es lo que el autor teoriza como terapias focalizadas. (Fiorini, H. 1993).

Liberman, plantea que existen personas con la disposición a padecer manifestaciones corporales patológicas; el abanico de estos pacientes va desde los que no registran alertas orgánicas previas, que son candidatos a la interrupción brusca y prematura de su vida hasta los que presentan enfermedades psicosomáticas de diferentes grados de gravedad. El autor postula que se trata de personas que manifiestan una sobreadaptación a la realidad ambiental, con un excesivo ajuste a la realidad exterior y el cumplimiento de exigencias que se hace efectiva en forma disociada de sus necesidades y posibilidades emocionales y corporales; hay una ausencia de conexión con los mensajes emanados del interior emocional y corporal. Son personalidades con un “Self Ambiental Sobreadaptado” en desmedro de un “Self Corporal Sojuzgado y Repudiado” que no lograron la adecuada articulación entre maduración y aprendizaje corporal. El self corporal, no logra representación simbólica en el aparato mental, por lo que llevan un plan de vida donde no se conjugan los objetivos con sus posibilidades emocionales. En este sentido el autor expone que estarían enfrentados el principio del placer con el principio de realidad. En esta constelación mental, “el síntoma somático toma el valor de denuncia del grado masivo de postergación, a la que el cuerpo ha sido y es sometido” (Liberman, D. p, 14, 1982)

Para plantear las diferentes técnicas y herramientas usadas en la terapéutica de los pacientes psicosomáticos, se tomarán las contribuciones de Rotbard Susana la Terapéutica de la Imaginación Material-Dinámica (T.I.M.D.), la Terapia de Grupos y las técnicas de la Teoría Cognitiva-Conductual (TCC).

**Terapéutica de la Imaginación Material-Dinámica:** en Europa, Susana Rotbard es la fundadora de la terapéutica de la imaginación material-dinámica (T.I.M.D.) cuyo propósito es el desarrollo del potencial imaginativo y afectivo del paciente por mediación de técnicas que estimulan la creatividad.

El paciente realiza en intimidad una producción con materiales y objetos diversos. La estimulación de los cinco sentidos y el despliegue de la gestualidad, permite la conexión con acciones reflejas, sensaciones, percepciones, imágenes, símbolos, vivencias, sentimientos, algunos de los cuales nunca alcanzaron el nivel de conciencia. La producción simbólica es la objetivación de un complejo psíquico que integra aspectos de la representación de la realidad y de sí mismo, conservando el contenido vivencial-emocional inherente al sujeto.

La autora toma como aportes principales de su terapéutica, las contribuciones de Sami-Ali. El aspecto novedoso de la T.I.M.D. es que se conjuga con desarrollos del psicoanálisis. La técnica psicoanalítica de asociación libre verbal y de interpretación de los sueños se extiende a la producción creativa realizada por el propio paciente, que la analiza en colaboración con el terapeuta. (Rotbard, S. 2017).

**Terapia de Grupos:** los objetivos generales de esta intervención grupal consisten en ampliar el abordaje terapéutico de las patologías relacionadas con dolor crónico. Se incide en el manejo psicológico del dolor a través de la puesta en marcha de técnicas específicas, como por ejemplo la relajación o la regulación del nivel de actividad general del individuo. Asimismo, se intenta transmitir la importancia del descentramiento de la queja somática y dolores físicos, teniendo en cuenta otras variables relevantes en el estado de la persona, de cara a poder mejorar su calidad de vida. En definitiva, manifestar interés por la globalidad de la persona y fomentar nuevas estrategias de afrontamiento más activas. De una forma transversal, se intenta dar la oportunidad de compartir su experiencia con otras personas en una situación similar e intercambiar perspectivas diferentes (Marín, M, Martín S. 2010).

En relación a la **Teoría Cognitiva Conductual (TCC)**, sus principales referentes desarrollaron investigaciones sobre las técnicas que pueden ser eficaz en el tratamiento de los pacientes psicosomáticos. Comparten el supuesto que el pensamiento (cognición) media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a el cambio del estado de ánimo y la conducta. (Keegan, E. & Holas, P. 2009).

Algunas de las técnicas de la TCC son:

- Relajación muscular: la relajación muscular progresiva, su sigla en inglés (PMR), desarrollada por Jacobson.

- Relajación respiratoria: es la respiración diafragmática.
- Mindfulness: lo desarrollan Mark Williams y Zindel Segal (1999), en el marco de la “Terapia Cognitiva Basada en Habilidades de Conciencia Plena”, sus siglas en inglés (MBCT).

## **MÉTODO**

El método es el modo de conducir una investigación, es el conjunto de procedimientos que permiten abordar un problema de investigación con el fin de lograr unos objetivos determinados. Es el camino procesal, lógico y organizado para llegar al propósito planteado en el problema (Hernández, 2005). La metodología utilizada para el desarrollo de la tesis será principalmente de revisión y sistematización bibliográfica que refieren al tema tratado en la tesis. Las características del presente trabajo se pueden enmarcar dentro de una investigación de tipo cualitativa.

## **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En el siguiente apartado, se tratará de analizar y explicar la problemática propuesta, tomando como base lo expuesto en el marco teórico para fundamentar. Desde el inicio del trabajo planteamos distintas preguntas sobre la clínica de los pacientes psicosomáticos y más específicamente sobre la práctica clínica del abordaje terapéutico del psicoanálisis.

Podemos considerar dos factores que podrían estar interrelacionados y que confluyen para que se produzca una enfermedad psicosomática en un sujeto. Aunque pueda resultar algo arbitraria esta división, el propósito de la misma se relaciona con otorgar un orden que facilite la explicación de un fenómeno complejo, como lo es el de la enfermedad psicosomática.

Estos factores son, por un lado, de orden intrasubjetivo, que están relacionados al modo del funcionamiento psíquico del sujeto. En este trabajo se desarrolla el modo de funcionamiento psicosomático más específicamente. Por otro lado, podemos considerar el factor de orden intersubjetivo y de relación del sujeto con su contexto. Este último se relaciona con las situaciones que el sujeto vive cotidianamente y que pueden provocar estrés, por el manejo que el sujeto hace de

estas situaciones, lo que, a su vez, se relaciona con su modo de funcionamiento psíquico.

Como fue planteado en páginas precedentes en los aportes del Dr. Fiorini expone que, de acuerdo a la *situación* del paciente se delimitará el “trabajo focal” que debería ser hecho en el interior de una situación. Trabajar de manera focalizada o Focalizar es concentrar la luz en un punto o en una zona; ya que, hay situaciones que admiten y es lo indicado concentrar la mirada, esto es, *focalizar*. Por ejemplo: en una *situación de crisis* de un paciente con una enfermedad psicosomática con dolor crónico sería pertinente focalizar. Pero, este instrumento, no debe ser usado en toda situación de la consulta, ni en todo el transcurso del trabajo con el paciente, ya que, en otro momento puede necesitar un encuadre más abierto y sin límites en el tiempo. El uso o no del trabajo focalizado en el tratamiento de los pacientes psicosomáticos, será una decisión que tome el profesional de acuerdo a las consideraciones técnicas pertinentes. (Fiorini, H. 1995)

1. En torno al factor intrasubjetivo, se tomará la conceptualización del psicoanálisis, que concibe a las personas como sujetos del Inconciente, que provienen del campo del Otro y que están atravesadas por el lenguaje (Lacan, J. 1964).

En la práctica clínica es importante tener presente las características de los pacientes psicosomáticos. Para contextualizar el tema, se define al estado psicosomático como el modo de funcionamiento que se activa en un paciente frente a una situación que no puede elaborar psíquicamente ante la cual reacciona con una enfermedad física. Se trata de pacientes que tienen dificultades para expresar sus afectos. Es lo que Sifneos conceptualiza como alexitimia, un trastorno en el que un individuo no puede experimentar o expresar sus emociones (Ulnik, J, 2002). El planteo es que se podría afirmar que lo psicosomático no tiene etiología somática comprobable y puede suceder en cualquier estructura, es decir en la neurosis, psicosis o perversión considerando la nosología del psicoanálisis. En la actualidad no hay una definición concensuada de lo que es una enfermedad psicosomática. De acuerdo a los diversos enfoques teóricos es encuadrada en la categoría de enfermedad, fenómeno, síntoma, estructura o personalidad (Ulnik, 1996).

Como antecedente, se pueden considerar algunas afirmaciones de los desarrollos de Freud, como la ausencia de elaboración psíquica de la tensión sexual somática que no es elaborada por el preconciente, de modo que el afecto puentea el

preconciente y se manifiesta en el plano somático. Freud hace referencia al aspecto económico “la cantidad de afecto”, aunque es necesario tener presente que el aparato psíquico es también dinámico (Ulnik, 1996). En este sentido, Freud conceptualiza la pulsión como concepto límite entre lo psíquico y lo somático, desde el punto de vista económico, el yo debe tramitar la cantidad de pulsión. En la segunda tópica (yo-ello-superyó), el yo es la instancia que tiene que negociar con la realidad exterior, con el superyó (función de la conciencia moral y el ideal del yo) y con el ello (reservorio de la pulsión de vida y muerte) (Freud, S. 1923).

La base del conflicto entre instancias y la satisfacción o no de la pulsión es la represión, que es el mecanismo de defensa por excelencia conceptualizado por Freud, ya que es fundante del aparato psíquico. La esencia de la *represión* consiste en rechazar y mantener alejados de lo conciente a determinados elementos que van al inconciente; esto sucede con las representaciones cargadas de afecto que causan displacer (Freud, S. 1915). Esto podría pensarse en un síntoma conversivo. Sin embargo, en la enfermedad psicósomática el afecto no tendría elaboración psíquica y, como consecuencia, un posible destino del mismo es que se manifieste directamente en el cuerpo como enfermedad somática, lesión y dolor. A través de lo somático, el afecto se constituye en una fuente perpetua de excitación y aumento constante de la tensión.

Para Lacan, en estos pacientes resulta difícil la instalación de la transferencia, debido a que en los mismos no hay interrogación por los significantes del Otro; interrogación que permite la entrada en transferencia. El proceso presente en estos pacientes es conceptualizado por Lacan como Holofrase. En la holofrase no hay espacio entre el S1 y S2, los significantes están pegoteados, compactados, de modo tal que no hay intervalo donde se esconda el deseo del Otro y, a partir de allí, pueda posibilitarse el surgimiento del sujeto. Lacan conceptualiza a lo psicósomático como fenómeno psicósomático (FPS) y lo considera es transestructural, debido a que se puede presentar en cualquier estructura clínica (Fazio, G.).

Para Pierre Marty se trata de pacientes que tienen un pensamiento operatorio, sin ningún tipo de elaboración, sin lazo con una actividad fantasmática de nivel apreciable, como duplicación de la acción sin referencia a un objeto interior realmente vivo, motivo por el que es difícil que se instale la transferencia para poder llevar a cabo el tratamiento. Se trataría de una relación blanca entre paciente y analista (Marty, P. 1963).

Para Liberman, en los pacientes psicossomáticos el síntoma es el producto de la disociación mente-cuerpo y es a la vez, un intento de recuperación de la unidad psicossomática a través de la emergencia del síntoma en el cuerpo. Desde esta concepción de los pacientes, cambia la perspectiva del tratamiento psicoanalítico porque lo más enfermo de ellos, se asienta en el forzamiento de un rendimiento desarticulado de su mundo emocional; esta sobreadaptación ambiental perpetúa la disociación del self corporal que prepara el camino para nuevas emergencias de síntomas corporales. Entonces, el objetivo del análisis es que este modo y sistema de vida se vuelva egodistónico, que moleste al paciente y este código visceral logre transformarse en mensajes con significados que le permitan al paciente, captar la postergación a la que ha sido y es sometido en su interioridad. La operatividad del tratamiento psicoanalítico dependerá de la posibilidad del analista de ubicar en su justa dimensión el fracaso simbólico que subyace a la enfermedad psicossomática. (Liberman, D. 1982).

En relación a la clínica psicoanalítica de estos pacientes, se debe tener presente uno de los principios del psicoanálisis: que el paciente posee un saber inconciente, él sabe lo que le pasa, pero no sabe que lo sabe; el paciente es un semejante con su subjetividad singular. El trabajo del psicoanálisis es articular el cuerpo con el lenguaje, se intenta devolverle la palabra al paciente que se encuentra transformado en un cuerpo que padece, ya que al estar inmerso en su dolor solo habla de su sufrimiento físico, sus lesiones, medicamentos y análisis clínicos. Pero esta enfermedad le sucede a un sujeto, cuyo mundo arcaico e inconciente se entrelaza y va al encuentro de esta forma de padecer, hallando complacencia. Entonces el psicoanalista le dará lugar a ese mundo arcaico, en la medida en que se relacione con el desencadenamiento de la enfermedad, su evolución y tratamiento. (Ulnik, J. 2002).

Es importante resaltar que la concepción del psicoanálisis es no suprimir el síntoma, que en estos pacientes sería el malestar físico, el sufrimiento en el cuerpo y la movilización del mundo arcaico. Desde la concepción psicossomática se propone complementar el análisis del paciente con el tratamiento médico. El psicoanálisis propone que este último sea moderado y no tan activo, para crear un lugar vacío que el paciente vendrá a ocupar tomando espontáneamente la palabra, para que se despliegue su historia a veces nunca contada pero conciente, otras veces inconciente, donde el cuerpo se volvió su escenario (Ulnik, 2002). Entonces,

debido a la gran complejidad que implica el trabajo con los pacientes psicósomáticos que en gran porcentaje están en tratamiento médico por enfermedades somáticas y donde el componente psicológico está altamente implicado, se propone un trabajo en conjunto “transdisciplinario” con la medicina y el psicoanálisis, cada uno con su epistemología propia.

En el trabajo con estos pacientes el psicoanálisis tiene sus resistencias, porque para su tratamiento debe abandonar su técnica clásica, el trabajo en consultorio ambulatorio y el diván. Además, posee un rechazo por la medicina quizá debido al horror por la enfermedad. En relación a la enfermedad psicósomática, existe una variedad de concepciones teóricas que quizá generen que el analista opte por dedicarse a otras patologías en las que el psicoanálisis brinde un apoyo técnico más coherente (Ulnik, J. 2002). En relación a los pacientes psicósomáticos, suelen presentarse las resistencias relacionadas con la “escasa eficacia inmediata en el tratamiento psicoanalítico: pasión por ignorar sus verdades inconscientes, tienen la idea de que la enfermedad es un poder ajeno que lo atacó con el que no tiene nada que ver y están presentes las resistencias del ello y del superyó” (Ulnik, J, p.134, 2002).

Si se considera que la base de la técnica psicoanalítica es la asociación libre del paciente, para que sea posible el trabajo de análisis se debe establecer la transferencia entre paciente-analista, ya que ésta es el motor que posibilita el avance del tratamiento y la cura del paciente, aunque también se puede convertir en un obstáculo. Como se explicó en páginas precedentes, los pacientes que enferman de modo psicósomático poseen dificultad para entrar en transferencia, lo que constituiría un inconveniente o hasta una imposibilidad para llevar a cabo el tratamiento a través de la técnica del psicoanálisis. Ante esta dificultad, con este tipo de pacientes se puede trabajar preferentemente con intervenciones al modo de la construcción. Si bien la construcción es una de las herramientas de trabajo en transferencia, se trataría de una adaptación de la misma para poder utilizarla en estos casos.

Por otro lado, se deben sortear los obstáculos inherentes al tratamiento psicoanalítico: las resistencias del yo, el superyó, la R.T.N., del ello, la compulsión a la repetición y las situaciones en que la pulsión de muerte no ligada y el masoquismo pueden interrumpir el análisis. En este sentido, se podría esbozar un intento de explicación de la enfermedad somática, en algunos casos enfermedades

con dolor crónico, a través de las resistencias de las instancias psíquicas (yo-ello-superyó) y del más allá del principio del placer. La *resistencia del ello* es la compulsión a la repetición, el ello comanda el funcionamiento biológico para satisfacer la pulsión que causa displacer, por eso el enfermo somático tiende a pensar que “hay algo que se ha apoderado de su cuerpo” (Ulnik, J). La compulsión a la repetición es provocada por la energía no ligada a una representación o idea (Freud, S. 1920).

Las *resistencias del yo* está el beneficio del síntoma: la ganancia primaria es interna al cuerpo, es la satisfacción de la pulsión en el síntoma, es su cara de goce y la ganancia secundaria de la enfermedad es externa, relacionada con el mundo exterior, que saca ventaja al síntoma a nivel social, familiar y laboral. Cuando el síntoma que persiste por largo tiempo se comporta como un ser autónomo, es un *modus vivendi* para el sujeto (Indart, J. 1998).

En relación a la RTN, la *resistencia del superyó*, la enfermedad somática satisface la necesidad de castigo o estar enfermo, alivia el sentimiento de culpa, apacigua al superyó que es mortífero y se encarna cuando no se puede tomar como metáfora. Parfraseando a Ulnik, si el paciente está posicionado frente al superyó con la imposibilidad de poner distancia, negar o deslindar aquello que de lo oído a los padres se ha “hecho carne” en él, entonces la enfermedad somática podrá sustituir a la neurosis y la elección de órgano tendrá algún sentido localizable, pero difícil de analizar porque no habrá sujeto capaz de responder (Ulnik, J. 2002).

La culpa en la RTN es el más peligroso reducto del superyó que se abona del ello. Esta culpa muda se exterioriza como necesidad de castigo. La única moralidad que conoce el deber del imperativo superyoico es la satisfacción en el castigo de padecer, buscado de forma compulsiva por la relación con el ello que satisface la pulsión de muerte de una forma fija, hay un goce fijado. El trasfondo es el masoquismo que siempre prefiere lo peor y allí el sometimiento que es el nombre freudiano de un goce contemporáneo. Entonces esa feroz resistencia superyoica a la cura es promovida por la necesidad de castigo, vinculada a la compulsión a la repetición, al masoquismo y a la pulsión de muerte. Cuando el análisis se detiene por la RTN, la necesidad de castigo disuelve el falso enlace de la transferencia, entonces el analizante permanece en el dispositivo porque su ser goza al rechazar la cura y puede tentar al analista en ese llamado al goce, que sería interrumpir el

análisis, entonces el paciente empeora más porque pierde toda referencia a un OTRO, que pone coto al exceso de goce (Ambertín, M. 1993).

Analizando las resistencias, los beneficios de cada instancia psíquica en la satisfacción de la pulsión que muchas veces se satisface en el más allá del principio del placer, en lo que Lacan llama goce. Entonces, se podrían comprender las causas por las que el o los síntomas no ceden, al contrario se agudizan y persisten. Un claro ejemplo de esto es el dolor físico crónico. Citando a Lacan, Nasio considera que el dolor físico es la figura más pura del goce, “en el sentido en que el cuerpo se siente a sí mismo, es siempre del orden de la tensión, de la actividad, de la defensa, hasta de la hazaña. Indiscutiblemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor y sabemos que sólo en ese nivel del dolor se puede experimentar toda una dimensión del organismo que, de otro modo, queda velada” (Nasio, J, p.115, 2007).

Con respecto al dolor crónico, son escasos los desarrollos teóricos desde la perspectiva del psicoanálisis, por eso se toma la definición de dolor de la IASP como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial. El dolor es siempre subjetivo”. Se puede apreciar en esta definición la ambigüedad del término dolor, que más que una sensación, se trata de una emoción que incluso puede aparecer sin que haya una lesión responsable. Cuando se hace referencia a que es una “experiencia”, se describe en términos que evocan una lesión de esa índole, es decir que el dolor podría existir únicamente en lo sentido y en la queja que lo expresa. Entonces se podría enmarcar al dolor como una manifestación psicósomática en la que el dolor corporal es un fenómeno mixto que surge en el límite entre el cuerpo y la psique (Nasio, J. 2007).

En este sentido, en caso de ser necesario para frenar las conductas dañinas del paciente hacia sí mismo, el analista puede realizar actos analíticos como hacer ejercicio de la autoridad, que podrían ser “herramientas útiles siempre y cuando seamos conscientes de que se trata de un recurso técnico utilizado en forma ocasional, y en la medida en que sea condición de posibilidad para que el análisis siga su curso” (Ulnik, 1996, p. 27). Es la “posición ética del analista que debe apelar a todo recurso disponible para conseguir que ese goce condescienda al deseo por vía de la culpabilidad inconciente y del amor” (Ambertín, M, p.262, 1993).

Considerando esta situación de los pacientes, se podría pensar en recurrir a herramientas de otras teorías en las diferentes instancias del análisis. De acuerdo a

las dificultades en un momento preciso de la situación analítica, se tendría que evaluar y valorar qué herramienta sería la más beneficiosa según la singularidad de ese paciente y su situación actual. Como se conceptualizó en el marco teórico, nos enfocaremos en las contribuciones de la teoría cognitiva conductual (TCC), la terapia de grupos y la terapéutica de la imaginación material (TIM) de Sami-Ali, para analizar y explicar las técnicas y herramientas usadas en la terapéutica de los pacientes psicosomáticos.

- **La Terapia de Grupos**, en el marco del psicoanálisis, conceptualiza que para afirmar que dos o más personas constituyen un grupo reunido con una finalidad en común, se deben cumplir dos condiciones básicas. La primera, el grupo solo incluye miembros que comparten normas acerca de algo en particular. La segunda condición es que el grupo esté formado por personas cuyos roles sociales se encuentren entrelazados entre sí. Es decir que desde el punto de vista psicológico, para que el grupo sea tal debe haber una unión especial o la cohesión existente en su seno (Grinberg, L.1987). El grupo es un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida de común acuerdo y comparten normas tendientes a la consecución, de un objetivo en común: la curación. Al grupo se lo concibe como una totalidad, considerando que la conducta de cada miembro siempre se ve influida por su participación en el seno colectivo. El dispositivo Grupal tiene el propósito de compartir experiencias, constatar que lo que a uno le sucede también le sucede a otros y permite diluir el sentimiento de soledad, aislamiento y la anomia (Vera, B. P. 2006).

Los grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos. En los *grupos homogéneos*, las personas presentan las mismas características y dificultades a nivel terapéutico, similar síntoma, edad y sexo para lograr una mayor cohesión de grupo. Generalmente las personas se sienten mejor en grupo de "iguales", tienden a confiar más y relajarse desde el principio. El objetivo es que se sientan comprendidos, generar el sentimiento de pertenencia, rompan con el sentimiento de soledad y logren la curación o mejoría, como consecuencia del funcionamiento de este tipo de grupos.

Algunos autores objetan que el síntoma puede ser utilizado como un factor resistencial, porque se cristalizarían las asociaciones a un patrón fijo "la enfermedad", lo que impediría el avance de la terapia en profundidad; pero los

estudios sobre el tema indican que es factible esta contingencia, pero los beneficios y ventajas de que personas con un síntoma común formen un grupo para solucionar ese síntoma son mayores (Grinberg, L.1987).

Los *grupos heterogéneos*: están compuestos por personas con mezcla de culturas, habilidades, edades, sexo y experiencias de vida, lo que puede crear una dinámica más fuerte dentro de un grupo. El objetivo es el desarrollo interno, el aprendizaje, porque circula mayor información y existen puntos de vista más diversos. La desventaja es que supone un mayor esfuerzo organizativo y conflictos dentro del grupo.

En los hospitales, por lo general, se trabaja con grupos homogéneos; el grupo terapéutico cumple la función de constituir un campo intermedio entre el aislamiento individual en el tratamiento de un problema de salud y la vida diaria que está abierta a la irrupción de las más diversas impresiones y personajes.

La terapia de grupo como complementaria al psicoanálisis individual, puede resultar beneficiosa, porque “mantiene un contacto constante con la realidad exterior y posibilita un mayor insight, al reconocer en los problemas de los demás las mismas actitudes que les son propias, y hasta ese entonces le eran desconocidas” (Grinberg, L, p. 73, 1987). La intervención del terapeuta es por lo general interpretativa, evitando impartir normas o sugerencias. El terapeuta es el líder formal del grupo, debe asumir ese liderazgo como una función o rol más o menos fijo; los restantes miembros se supeditan a su intervención y lo consideran el factor dinámico esencial, que dirige y mantiene la formación del grupo. También hay una nueva figura, la del observador cuya función es de observar lo que sucede en la sesión, tomar registro de lo verbal y no verbal, charlar con el terapeuta luego de la sesión y analizar los datos obtenidos. En el caso de los grupos de psicósomáticos en hospitales, en los que generalmente están en tratamiento médico/clínico, la presencia del médico como observador es útil e importante porque permite a los pacientes integrar los aspectos psicológicos y somáticos de sus conflictos (Grinberg, L. 1987).

- **Teoría Cognitiva Conductual (TCC):** los modelos cognitivos conciben al hombre como constructor de significados. “La mayor parte de esta construcción se da en la infancia, pero es una tarea en constante desarrollo a lo largo de la vida” (Keegan, E., 2007. p. 75). Entonces la patología mental se debe a esos modos de aprehender

la realidad que generan problemas y sufrimientos a una persona. Las características de estos modos son la rigidez, la idiosincrasia y la disfuncionalidad. En este sentido, la regla de la terapia cognitiva es que “no importan las situaciones en sí, sino el sentido que la persona les asigna”. (Keegan, E, 2007, p. 76). El objetivo global de la terapia cognitiva es que el paciente revise los significados que le han generado problemas y pueda aprender a ver la realidad desde una perspectiva más flexible y no necesariamente distinta. Cuando un paciente modifica su manera de pensar, también modificará su conducta y su estado de ánimo. La TCC plantea que para que sea posible hacer un tratamiento psicológico, se debe establecer la alianza terapéutica.

Si bien se trabaja a partir de la alianza terapéutica, en el presente trabajo no se la definirá, ni se desarrollarán las particularidades de la práctica de la TCC, porque no es terreno particular de esta investigación. De todos modos, se pensará en la modalidad técnica específica a partir y en función del problema de los pacientes psicosomáticos: la alexitimia y el pensamiento operatorio que tienen como consecuencia la dificultad para el establecimiento de la transferencia, lo que constituye un problema para llevar a cabo el análisis.

Algunas de las técnicas de la TCC usadas en pacientes psicosomáticos, tienen el beneficio principal de activar la respuesta parasimpática, que reduce el metabolismo basal y el nivel de actividad general del organismo. Las mismas son utilizadas para reducir y controlar el estrés (Keegan, E, 2009).

Este grupo de técnicas, entre las muchas que tiene la TCC, se basan en la realización de ejercicios de relajación muscular, relajación respiratoria mediante la respiración diafragmática y el mindfulness. Los pioneros de la última técnica son Jon Kabat-Zinn, que definen a la conciencia plena como “prestar atención de un modo particular con intención, en el momento presente y no llevando a cabo juicios de esa experiencia”, desarrollaron el programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena, que combina prácticas tradicionales de meditación, tales como el escaneo corporal, entrenamiento en respiración y técnicas tradicionales de la terapia cognitiva, que posibilita la toma de conciencia de los pensamientos. Está demostrado en los estudios que este método es efectivo en un gran porcentaje en pacientes con estrés (Korman, G. 2012). Desde esta perspectiva, se puede apreciar el beneficio de esta técnica en relación con el aspecto intrasubjetivo, porque se trata de una estrategia para regular las emociones y la capacidad de distanciamiento de

sus cogniciones disfuncionales, denominada descentramiento; esto permite al paciente poder afrontar las situaciones que le presenta la vida (Hoffman, S. 2014).

El elemento clave de la psicoterapia basada en la aceptación y en *mindfulness* es ayudar al paciente a realizar el cambio de una postura de auto-juzgarse y controladora por una postura compasiva y de aceptación hacia las experiencias internas. De este modo, la estrategia principal es la ausencia de esfuerzo, descentración y dejarse ir. La base de la técnica es la respiración diafragmática, incluye la respiración de pecho y toma de conciencia de las sensaciones del cuerpo (Korman, G. 2012).

- **La Terapéutica de la Imaginación Material (TIM) de Sami-Ali:** la terapia está fundamentada en la teoría de lo psicossomático que plantea Sami-Ali, que define tres ejes de funcionamiento, los cuales delinearán tres formas de patología, que, a su vez, están determinadas por dos conceptos: 1) La función de lo imaginario: lo imaginario funda lo que entendemos por salud y enfermedad; es biológico y psicológico, es el sueño y sus equivalentes en la vigilia (juego, fantasía, ensoñación, etc). El imaginario es la subjetividad misma, por esto es sinónimo de proyección. 2) La represión de la función de lo imaginario. No hace referencia a la represión freudiana, sino que en tanto función, amplía el campo de la patología para incluir lo orgánico y también determina los tres ejes de funcionamiento que siguen el destino que sufrió la represión, los ejes son:

- Fracaso de la represión: instaura una continuidad con lo imaginario, si hay somatización es en cuerpo imaginario y depende de lo figurado. Es el punto menos patológico, hay síntoma en un cuerpo reducible a imágenes.

- Represión lograda: el sujeto se apega a las reglas adaptativas que llenan un vacío y suplantán la subjetividad sin sujeto. No hay síntomas, sino rasgos del carácter, que si existe patología solo puede ser somática, alcanza al cuerpo en su realidad, esto es derivado de una situación de *impasse* donde el sujeto está en un callejón sin salida y precipita una somatización.

- Pasaje de la represión fallida a la lograda: este tipo de represión provoca que lo figurado ceda lugar lo literal, a lo neutro y la patología va virando del cuerpo imaginario y se despliega a nivel del cuerpo real. Es la forma de patología más severa porque nos hundimos en una situación que tiene todo el *impasse*.

- Propone un contrapunto con la anterior en un cuarto eje, que es el pasaje de la represión lograda a la fallida de forma gradual, en el curso del proceso terapéutico que termina con la recuperación de la función del sueño que se integra poco a poco en el funcionamiento psíquico. Se produce la salida del *impasse* (Sami-Ali, 1996).

La TIM es un método que modifica el funcionamiento psicossomático del paciente porque conecta la memoria afectiva con sus componentes perceptivo-motrices, imaginarios y vinculares, con miras que se renueve el funcionamiento global del sujeto, posibilita la remisión de patologías orgánicas, lo que es beneficioso para el alivio de enfermedades psicossomaticas, autoinmunes y el dolor crónico.

Esta técnica pone en funcionamiento la proyección no defensiva, que activa lo imaginario que libera la afectividad. Cabe preguntarnos, ¿qué es la imaginación material para el autor? Es un conjunto de representaciones, vivencias y emociones que aparecen en el paciente durante la realización del acto creativo. El material para trabajar es importante por sus caracteres sensibles (color, peso, forma, etc.) que funcionan como soporte fáctico de la proyección de sensaciones táctiles, visuales y sinestésicas, que son el correlato corporal de diferentes emociones. La imaginación también es dinámica porque los esquemas motores desplegados actualizan una corporalidad plena de significación subjetiva y relacional.

La terapia consiste en que el paciente realiza un trabajo libre en formato de taller en un espacio físico-temporal. Este trabajo puede incluir el modelado con arcilla, un collage con diferentes materiales (lana, cartón, etc.) o materiales naturales (arena, flores secas, algodón, piedras, etc.), el armado de figuras utilizando maderas, alambre, etc. Luego, el paciente y el terapeuta realizarán un trabajo de investigación sobre el proceso de creación. El propósito de la producción plástica es que recrea objetos, un espacio y tiempo que son la proyección de la imagen del cuerpo y de la representación del mundo de diferentes momentos evolutivos. Las imágenes emergentes actualizan vivencias de cada estado regresivo (las formas primitivas del espacio y objeto, que dan nacimiento a estructuras orientadas hacia lo real, permanecen intactas en el inconciente). El otro propósito, es que en conjunto con las imágenes mentales, se hagan concientes modalidades de funcionamiento intra e interpersonales. Este abordaje produce una regresión controlada, que posibilita actualizar en el vínculo terapéutico, recuerdos cargados de emoción y permite el acceso a contradicciones del sujeto que nunca antes pudieron

ser pensadas. En este sentido, el paciente adquiere una posición activa en relación a sus conflictos antes insolubles. Ambos, terapeuta y paciente, realizan un trabajo de relación entre dos espacios, el de la percepción y la fantasía; y, simultáneamente, establecen relación entre dos estados, el presente y la historia del paciente. En conclusión el paciente y terapeuta se asocian en la función de ordenadores simbólicos. La producción simbólica es la objetivación de un complejo psíquico que integra aspectos de la representación de la realidad y de sí mismo, conservando el contenido vivencial-emocional inherente al sujeto. (Rotbard, S.).

**2.** Considerando la relación del sujeto con su contexto y lo intersubjetivo, se debe tener en cuenta cómo se maneja el sujeto en las situaciones que le generan estrés, para evaluar el peso que tiene este factor en el desencadenamiento y desarrollo de una enfermedad psicosomática, que está íntimamente relacionada con el modo de funcionamiento psíquico del sujeto. En relación al estrés y los mecanismos que se activan en el sujeto para manejar las situaciones estresantes, las aborda la fisiopatología que explica la etiología y fisiología de las enfermedades. Su concepción de la *psicosomática*, constituye una disciplina en sí misma que pretende dar respuesta a la unidad que es el ser humano, en su totalidad psíquica, biológica y social. El campo de la psicosomática implica que cuando estamos ante una manifestación orgánica normal o patológica, ampliamos el ángulo de nuestra mirada para desentrañar los mecanismos e interrelaciones que desencadenan, modulan o interfieren en estas manifestaciones. Entonces ante una enfermedad se debe tener presente cómo se interrelacionan los diferentes sistemas (estructuras dinámicas en comunicación) que componen el organismo, sin perder de vista que éste funciona como una totalidad entre lo psíquico y lo somático (Chiapella, A. Sánchez, S.).

Siguiendo con esta línea de desarrollo, se debe tener en consideración que las personas en su vida diaria deben afrontar situaciones, problemas, diversas exigencias provenientes del medio, que pueden provocar que la persona evalúe y sienta que los recursos de los que dispone para hacer frente a estas situaciones no le alcanzan, entonces se produce un desequilibrio del organismo en su totalidad, porque se disparan automáticamente los medios de defensa que posee ante situaciones consideradas como amenazantes y que pueden resultar estresantes. Parafraseando al Dr. Lopez Rosetti, el estrés es la situación en la que las demandas externas o internas superan nuestra capacidad de respuesta. Se condiciona una

alarma orgánica, que actúa en los sistemas nervioso, cardiovascular, endócrino e inmunológico provocando un desequilibrio psicofísico y un condicionamiento de la posible enfermedad por la vulnerabilidad del organismo, entrando en una situación de riesgo somático.

El estrés es normal y necesario para la vida porque nos pone en actividad para hacer frente a las situaciones de la vida diaria (eustres o estrés bueno), pero cuando supera ciertos límites se torna nocivo (distres o estrés malo), donde el individuo queda en riesgo somático, porque la reacción a estresores internos o ambientales no es correcta. Entonces, la respuesta fisiológica del organismo ante el estímulo estresor, que empieza en la corteza cerebral encargada de las funciones superiores, será según lo codificado en el sistema límbico como sensación de placer o rechazo. Luego, el hipotálamo recibe las instrucciones de la corteza y el sistema límbico para comunicar y dirigir la regulación del sistema nervioso autónomo (SNA), el endócrino y la inmunidad.

Para explicar la fisiología del estrés, se tomará al SNA que está dividido en dos subsistemas: el simpático que se activa ante el estrés, provoca la liberación de energía, nos prepara para lucha, huida y al cuerpo-mente para enfrentar la amenaza. El correlato fisiológico es el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, ingresa más oxígeno, se dilatan las pupilas entre otras reacciones del organismo. A nivel glandular actúa sobre las suprarrenales que estimulan la liberación de adrenalina encargada de reforzar los efectos del simpático en los órganos. El subsistema parasimpático se encarga de provocar o mantener un estado corporal de descanso o relajación luego de un esfuerzo, es ahorrador de energía. Realiza las funciones opuestas y complementarias del simpático.

En cuanto a la vía endócrina/hormonal, el funcionamiento de este sistema provoca la segregación de cortisol que es el responsable de los efectos tardíos del estrés: elevación de la presión sanguínea, liberación de glucosa, disminuyen los linfocitos sanguíneos que provocan inmunosupresión y como efecto disminuyen las defensas frente a infecciones; entonces el estrés sostenido produce alteraciones del funcionamiento general del organismo, colocándolo en situación de alto riesgo somático (Patrono, R., Fernández, A. 2010). Cuando un individuo está expuesto al riesgo de desarrollar una enfermedad se debe tener presente un factor importante, el hereditario, que puede determinar la predisposición o tendencia a desarrollar una enfermedad específica según la elección de órgano (Chiapella, A. Sánchez, S.).

En relación al estrés y las características exististas de la vida moderna se piensa que este grupo de pacientes psicosomáticos se ha ampliado en la actualidad; donde el síntoma somático denuncia este sistema de vida, basado en la ideología de un buen ajuste a la realidad exterior, el privilegio del proceso secundario y el deseo de vivir al máximo; detrás de todo esto, lo que aparece es una fuerte pulsión tanática, que lleva a estos pacientes a pagar por vivir aceleradamente, el precio de una muerte prematura. También, es importante mencionar que existe un cambio de actitud de la medicina clínica, al reconocer el importante rol del “stress emocional” en la etiología de la enfermedad orgánica, toma en cuenta la perspectiva que abre un tratamiento psicoanalítico. (Lieberman, D. 1982).

Las enfermedades psicosomáticas que se pueden activar son múltiples, entre ellas se encuentran: colon irritable, colitis ulcerosa, asma bronquial, alergias, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, cefaleas tensionales, diabetes, hipertiroidismo, obesidad, eczemas, alopecia y enfermedades autoinmunes: lupus, fibromialgia, dolor crónico, psoriasis, vitilígo, entre otras.

En relación al dolor crónico, la fisiopatología lo conceptualiza como una sensación no placentera asociada con una parte específica del cuerpo. Es producido por procesos que dañan o son capaces de dañar los tejidos.

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico: El *dolor agudo* es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptores por una noxa. El *dolor crónico* no posee una función de protección, es persistente puede perpetuarse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso en ausencia de la misma. Suele ser refractario al tratamiento y se asocia a importantes síntomas psicológicos.

El dolor puede ser: *nociceptivo*, consecuencia de una lesión somática o visceral; *neuropático*, resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico (Zegarra J. W. 2007). Es importante destacar la diferencia con el dolor oncológico, que es uno de los principales síntomas en cualquier tipo de afección neoplásica, cuando se manifiesta resulta ya inútil, lesivo y constituye una fuente de sufrimiento; sólo se debe mitigarlo de manera inmediata y eficaz (Rocha, C, 2007).

## **COMENTARIOS Y DISCUSIONES**

En el presente trabajo se realizó un recorrido bibliográfico haciendo un recorte sobre el tema planteado, con el propósito de establecer una respuesta a los objetivos planteados. Se analizó el trabajo en la práctica clínica con los pacientes psicósomáticos desde el psicoanálisis, tomando las concepciones de Freud, Lacan y los psicoanalistas contemporáneos. Se ubicó la explicación del psicoanálisis acerca del enfermar psicósomático y su tratamiento como un factor de orden intrasubjetivo. Por otro lado, se situó la explicación de la fisiopatología de los mecanismos del estrés, el impacto y manejo que hace el sujeto de las situaciones estresantes como un factor relacionado al contexto y a lo intersubjetivo.

Con el objetivo de dar respuestas al tema que impulsa este trabajo, se llevó a cabo un recorrido por las técnicas de la TCC, TIM y Grupos; indagando y analizando las herramientas que podrían ser beneficiosas en la práctica clínica con los pacientes psicósomáticos.

En este sentido, se debe valorar la importancia que tiene el psicoanálisis en la comprensión de estos pacientes y su utilidad en la práctica clínica del enfermar psicósomático. Pero también se debe tener presente las dificultades y límites de la técnica del psicoanálisis en el tratamiento de los pacientes psicósomáticos, porque la base para iniciar y mantener el tratamiento es la transferencia que en estos pacientes es de difícil instalación. Por esto último, se suele trabajar con un tipo de intervención al modo de la construcción, que es una adaptación que se lleva a cabo con este tipo de pacientes.

Con el fin de intentar responder a la pregunta que es eje del presente trabajo *“La psicósomática en la clínica. ¿Podrá requerir alguna modificación terapéutica?”*, se podría considerar que en momentos y situaciones en los que el tratamiento lo requiera, ya sea porque no avanza, el paciente no puede asociar o no se establece la transferencia, resultaría conveniente flexibilizar la técnica del psicoanálisis y generar el espacio para permitir incorporar técnicas vinculables a otras teorías, que proporcionen beneficios a estos pacientes en un momento específico. Esto implica también que el profesional tendría que flexibilizar su posición respecto de la concepción que tiene del paciente y del tratamiento. En este sentido, Marta Geréz Ambertín hace referencia a la posición ética del analista que debe apelar a todo recurso disponible para conseguir que el goce condescienda al deseo. Entonces cuando se considere necesario y pertinente, se podría utilizar las técnicas de la TCC para controlar, manejar y reducir el estrés que son factores relacionados al contexto

y a lo interpersonal del sujeto. Estas técnicas reducen la respuesta parasimpática, porque están basadas en la relajación respiratoria, muscular y el mindfulness, que es la técnica basada en la conciencia plena. También se podría recurrir a la terapia de grupos, que trabaja tanto el aspecto interpersonal como lo intrapersonal. La misma podría resultar beneficiosa en los casos en los que el paciente se sienta en soledad, aislado, incomprendido y sin grupo de pertenencia; lo ayudaría a sentirse contenido, comprendido y a fortalecer su yo, lo que sería beneficioso y permitiría continuar con el tratamiento psicológico individual. Otra técnica que se podría utilizar es la TIM, considerando los aportes más actuales de Susana Rotbard que trabaja con la TIMD, se la podría utilizar para trabajar tanto el aspecto intersubjetivo como lo intrasubjetivo: lo relacionado a lo imaginario, afectivo, emocional y lo simbólico.

En relación a la pregunta planteada sobre el dolor crónico, se podría pensar y esbozar una posible respuesta desde Freud, en relación a que este dolor se sostiene más allá del principio del placer, donde el eje de la persistencia del dolor sería el masoquismo y la necesidad de castigo relacionada a la compulsión a la repetición. Desde Lacan, este exceso de satisfacción en el más allá y el goce sería lo que provoca que el dolor persista.

Se podría plantear un desafío que el dolor presenta a la clínica, en tanto que invita a reflexionar, desde la perspectiva del psicoanálisis, sobre cómo trabajar con los pacientes con dolor crónico para moderar ese exceso de satisfacción, que provocaría que el dolor corporal se intensifique y perpetúe. El fundamento de este planteo se debe a que estos pacientes suelen abandonar el tratamiento porque no ven o no sienten un rápido alivio a sus dolencias emocionales y físicas. Como sabemos, el proceso de la práctica clínica del psicoanálisis conlleva tiempos lógicos y cronológicos para que se vean los efectos del análisis.

Por otro lado y en relación con lo anterior, se podría pensar y decidir el uso de las técnicas vinculables a otras teorías, que favorezcan la disminución y un posible corte del dolor crónico; teniendo presente la premura que requiere el alivio de este síntoma porque invade todas las áreas de la vida del paciente, ya que afecta tanto al aspecto intra como intersubjetivo. Por ejemplo, para asistir a una reunión de grupos en un hospital, el paciente debe salir de su casa, del encierro y del aislamiento, lo que puede implicar tener que hacer todo un esfuerzo porque su dolor lo limita para movilizarse. El grupo le posibilita relacionarse con pares, hablar de su problema, lo que podría tener como efecto que el dolor empiece a reducir porque centra su

atención y líbido en una actividad externa que no sea “su cuerpo y su dolor”. También podría resultar beneficiosa la técnica de la TCC de la relajación respiratoria y muscular progresiva para aliviar el dolor. La TIM, podría ayudar mediante la ejecución de la actividad propuesta a desbloquear y liberar lo emocional para poder expresarlo simbólicamente a través de la actividad realizada -(modelado con arcilla; collage con diferentes materiales: lana, cartón, materiales naturales como arena, flores secas, algodón y piedras; armado de figuras utilizando maderas y alambres; entre otras actividades) - lo que podría tener como efecto un alivio del dolor.

#### **- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ambertín, M. G. (1993). *Las voces del superyó*. Buenos Aires. Editorial: Manantial
- Bail, P. V. (2006). *La intervención comunitaria en enfermedades crónicas*. Publicaciones de la Facultad de Psicología,UBA

- Beck, J. S. (2000). *La conceptualización cognitiva. En Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (pp. 31-44). Barcelona: Gedisa
- Chiapella, A., Sánchez, S., *Corredores Biológicos*. Ficha establecida por la práctica profesional: Orientación psicosomática Hospital Durand.
- Fazio, G. *Un acercamiento a la cuestión psicosomática desde la perspectiva lacaniana*.
- Fiorini, H. (1993). *Exploración de la situación, como una modalidad de abordaje en psicoterapias. Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. y otros. (1995). *Focalización y Psicoanálisis*. Montevideo: Roca Viva.
- Freud, S. (1912). *Dinámica de la transferencia*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo
- Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo
- Freud, S. (1915). *Las pulsiones y sus destinos*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Freud, S. (1915). *La represión*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Freud, S. (1916-1917). *Conferencia XXIV*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Freud, S. (1924). *El problema económico del masoquismo*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Freud, S. (1937). *Construcciones en análisis*. Buenos Aires. Editorial: El Ateneo.
- Grinberg, L., Langer, M., Rodrigue, E., (1987). *Psicoterapia de grupo*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Hernández F. (2005). *Métodos y metodologías de tesis*. <http://www.monografias.com/trabajos36/metodos-tesis/metodos-tesis2.shtml>
- Hoffman, S. F. (2014). *Hacia un sistema de clasificación Cognitivo-Conductual de los Trastornos Mentales*. Behavior Therapy.
- Indart, J. C. (1998). *Los síntomas fuera de la transferencia*. En: El síntoma charlatán. Pp. 89-97. Buenos Aires. Paidós.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). *Terapia cognitivo- comportamental: teoría y práctica*. En R. Carlstedt (Ed.).
- Korman, G. (2012). *El modelo de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness)*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXI, núm. 1, abril,

- 2012, pp. 5-13. Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.  
<http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>
- Lacan, J. (1959-1960). *La ética del psicoanálisis*. Seminario VII. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
  - Lacan, J. (1964) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminario XI. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
  - Liberman, D. (1982). *Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicósomática*. Buenos Aires. Ediciones Kargieman.
  - Marín, M , Martín S. (2010). *Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (110), 213-227. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/03.pdf>
  - Marty, P. y Michel de M. (1963). *El pensamiento operatorio*. Revista Francesa de Psicoanálisis, 27.
  - Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
  - Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Editorial Gedisa.
  - Patrono, R., Fernández, A. (2010). *Stress – Claves para interpretar su fisiopatología*. Manuscrito no publicado. Buenos Aires: Facultad de psicología (UBA).
  - Rocha, Cecilia; Calatyud J. (2007). *Dolor oncológico y calidad de vida*. Revista Científica Ciencia Médica, vol. 10, núm. 1, noviembre, 2007, pp. 39-41 Universidad Mayor de San Simón Cochabamba, Bolivia.  
<http://www.redalyc.org/pdf/4260/426041216011.pdf>
  - Rotbard, S. (2017) *Terapéutica de la imaginación material. Un nuevo abordaje de la patología orgánica*. <https://www.susanarotbard.com/>
  - Sami-Ali. (1996). *Imaginario y patología. Una teoría de lo psicósomático*.
  - Ulnik, Jorge C. (1996): *Psicósomática y neurosis actuales*. Ficha del CEPA.
  - Ulnik, Jorge C. (2002). *El encuentro entre lo psíquico y lo somático. Afectos y psicósomática en el campo psicoanalítico*. En Monográfico de medicina psicósomática
  - Ulnik, Jorge C. (2002). *Psicósomática: definiciones, la formación del Médico y el lugar del psicoanalista*. En Monográfico de medicina psicósomática.
  - Ulnik, Jorge C. (2002) *Lo ominoso, el superyó y la enfermedad somática*. Manuscrito no publicado. Buenos Aires: Facultad de Psicología (UBA).

- Ulnik, Jorge C. *Revisión crítica de la teoría de la teoría del Pierre Marty*. Publicado en la revista número 005. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000121>
- Zegarra Piérola J. W. (2007). *Bases fisiopatológicas del dolor*. Acta méd. peruana v.24 n.2 Lima mayo/agos. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007)

**Lic. Miriam Ledesma**

E-mail: [psiledesma@gmail.com](mailto:psiledesma@gmail.com)