

## Capítulo 1

# Presentación de lo psicosomático

Reina Cheja - Haydeé Toronchik

Lo psicosomático puede ser llamado fenómeno, enfermedad, trastorno, zona. Es un punto de partida y cada autor tiene sus teorías sobre los mismos. Cada uno realiza aportes teóricos sobre el tema que delinear el campo clínico.

El término “psicosomático” es ambiguo en tanto alude a un sujeto donde lo psíquico y lo somático están integrados, es decir, a un funcionamiento normal del ser humano pero que designa cierta anomalía.

Los pacientes psicosomáticos se caracterizan por una desorganización somática acompañada de un silencio en la psiquis; no presentan una forma acabada de mentalización. Se produce una herida que no se registra a nivel de la representación mental, con lo cual pasa al cuerpo. Cuando el funcionamiento psíquico fracasa, hay una mayor posibilidad de enfermar, una mayor vulnerabilidad.

El enfoque psicosomático remite a una forma de considerar tanto los procesos de enfermar como de curar, tomando en cuenta el aparato psíquico como lo fundamental en los procesos de desorganización somato-psíquica. Estos trastornos no constituyen una estructura en sí misma, sino que pueden acompañar a distintas patologías. Debemos considerar que siempre existe una predisposición orgánica, ya que no todos tienen cefaleas, colitis ulcerosa, etcétera. Si tomamos en consideración las series complementarias, estas patologías nos convocan a un estudio minucioso y profundo, constituyen un territorio de exploración y de investigación.



A mediados del siglo pasado, a partir de los obstáculos en la clínica y las pocas respuestas que brindaba la teoría psicoanalítica a este tipo de padecimientos, se empieza a crear un espacio de investigación. Hasta ese momento solo existía una teoría en psicopatología: las neurosis, las psicosis y la perversión. Estos fenómenos no responden a tratamientos convencionales. Se hace necesario hacer la diferencia con la histeria de conversión, donde el cuerpo se encuentra implicado y el síntoma es representación. Los trastornos psicosomáticos no poseen una significación simbólica. Se las llama *patologías narcisistas*, de bordes o fronterizas.

Los primeros vínculos constituyen el fundamento que asegurará el desarrollo del bebé al reforzar o debilitar la influencia de factores orgánicos y mentales, hereditarios o adquiridos que intervienen en el proceso. El psiquismo habita el cuerpo. Es en el proceso de humanización que el soma deviene en cuerpo erótico por la semantización y manipulación materna. Es la manera que logra su unidad e integración. El cuerpo real se transforma en cuerpo libidinizado, de ahí la importancia de las caricias o el tono de voz que van invistiendo el cuerpo del niño. Es un modo de estimularlo a establecer ligaduras. De lo contrario, nos encontramos con niños tristes y apáticos que procuran su estimulación con actividades autoeróticas. Así, Jessica (12 años) recuerda en sesión que se desvirgó a los 2 años de tanto rascarse. La función materna protege al niño de las excitaciones interoceptivas o exteroceptivas. Los atributos sensibles parentales mitigan el desamparo y la prematuración.

*técnica psico* Lo psicosomático designa un cierto abordaje y un enfoque de pacientes con una técnica psicoterapéutica en el marco de una teoría que intenta dar cuenta de aquello que se juega mentalmente para que un sujeto reaccione a ciertos acontecimientos y conflictos enfermándose, o como se dice, somatizando un infarto de miocardio, un cáncer, una patología renal o un hipertiroidismo.

En este punto las investigaciones psicosomáticas dan cuenta de que la diferencia es la calidad y el funcionamiento psíquico. Toda enfermedad lesional o funcional convoca al narcisismo en tanto regresión libidinal del mundo de los objetos al propio cuerpo dañado. Esta retroversión de la investidura tiene como objetivo defender y mantener la organización del aparato psíquico amenazado para no desestructurarse. Se puede enfermar por depresión, por situaciones traumáticas, por carencias. Hay sucesos que tienen potencialidad traumática,



como la desocupación, como el ataque terrorista a la AMIA, o el accidente ferroviario de Once o Cromañón, entre otros. Se produce una sobrecarga del aparato mental y este no puede ligar afecto con representación, entonces la angustia pasa directamente al cuerpo sin ser mediatizada. Otras veces las situaciones sociales someten al sujeto a estrés, lo que facilita la somatización; conocemos que el estrés reiterado produce una liberación de hormonas, como los corticoides que impactan en la parte inmunológica. Hablamos en este caso de *vulnerabilidad* porque hay una interrupción psíquica y el afecto no encuentra un canal de descarga propicio. La resistencia de un sujeto depende en gran medida de la solidez de su constitución mental. La desorganización de los mecanismos psíquicos lleva a la desorganización de los mecanismos biológicos. Si el sufrimiento supera los límites tolerables de un sujeto y no puede establecerse un trabajo de elaboración mental se cae en el desorden psicosomático.

La clínica psicosomática del niño presenta un abanico de patologías desde la más banal, como resfríos a repetición, a aquellas en que la vida está en riesgo.

### ***Lo que debe excluirse de lo psicosomático (Kreisler, 1986)***

- a. Las consecuencias psíquicas de las enfermedades somáticas como enfermedades invalidantes y minusvalía, que tienen que ver sobre el efecto que produjeron en el niño. No es lo mismo las angustias o desordenes psíquicos devenidos luego de un traumatismo severo, que un niño que frente a una pérdida poco significativa hace una crisis asmática.
- b. Consecuencias orgánicas o psíquicas por conductas inadecuadas, por ejemplo, un paciente epiléptico que se niega a seguir las indicaciones médicas.
- c. Trastornos mentales como consecuencia de enfermedades del sistema nervioso central (traumáticas, inflamatorias, tóxicas o vasculares).
- d. Histerias de conversión.
- e. Pseudos problemas somáticos que las madres tratan de mantener en una situación de enfermedad, serían "enfermedades" por exageración o angustia materna.

?  
•  
vees de  
nuevo.  
y p' pasa  
con los  
manejos



## ***Diferencias psicopatológicas entre histeria de conversión, neurosis de angustia, hipocondría y trastorno psicósomático***

Freud (1896) se refiere a neurosis actuales y a las diferencias de las psiconeurosis, estas son de tipo etiológico y patogénico. En ambos casos la causa para Freud es de orden sexual, en las neurosis actuales se refiere a desordenes de la vida sexual actual y en las psiconeurosis están relacionadas con acontecimientos de la vida pasada. La etiología en las neurosis actuales es somática y no psíquica. La fuente de la excitación es el factor desencadenante, se encuentra en la esfera somática, mientras que en la histeria y en las neurosis obsesivas intervienen en su formación mecanismos psíquicos como el desplazamiento, la condensación, represión, etcétera. En las neurosis actuales la excitación se transforma directamente en angustia, no hay mediación simbólica. Freud, primeramente, incluye en las neurosis actuales las neurosis de angustia y la neurastenia, luego agrega la hipocondría.

Si bien Freud no investigó específicamente lo psicósomático, dio, sin embargo, herramientas conceptuales en sus trabajos acerca de los enfermos afectados de enfermedad somática. Estudió profundamente los diferentes estados del cuerpo en un conjunto de trabajos sobre aquellos síntomas con expresión corporal, mostrando así su preocupación teórica relativo a lo pulsional. Los síntomas somáticos de la neurosis actual, según la concepción freudiana, resultan de una hiperinvestidura erótica de la función somática afectada.

### ***Los síntomas de conversión histérica***

Cuando Freud habla de histeria, habla de una clase de neurosis que ofrece casos clínicos muy variados. Hay dos formas esencialmente:

1. ***Histeria de conversión:*** Los conflictos psíquicos se simbolizan en los más diversos síntomas corporales: parálisis histérica, bolo faríngeo, anestias, entre otros. Desde Freud conocemos que un conjunto de fantasías inconscientes reprimidas se expresan en síntomas corporales. Esto implica que aquí opera la represión y habitualmente no va acompañada de angustia. La condición



para llegar a la formación de síntomas histéricos es la existencia de un superyó postedípico.

2. *Histeria de angustia*: La angustia se haya fijada en una forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias).

## ***Los síntomas hipocondríacos***

Clínicamente se manifiestan como quejas somáticas de carácter reiterativo que no están sostenidas por ninguna lesión somática. Se trata de quejas somáticas con carácter reivindicativo, paranoides. Desde el punto de vista metapsicológico constituyen un estancamiento de la libido narcisista que no encontró un uso psíquico.

La hipocondría es la sobreinvestidura del cuerpo y el repliegue narcisista de la libido objetal que deben ser resituados en el contexto de un movimiento regresivo que tiende a recuperar la vivencia fusional de la díada madre-hijo. Esta regresión puede prolongarse hacia un estado psicótico agudo, pero este no es el destino de todos los hipocondríacos. En un cierto número de casos constituye un punto de detención de la regresión que asegura una relativa estabilización. Cuando habla de su cuerpo, el hipocondríaco percibe lo temido como una realización de deseo muy próxima a la alucinación. El órgano que le preocupa no es una zona erógena, soporte de una representación figurada. Esta parte del cuerpo que perturba develará la apertura de una cosa irrerepresentable que bloquea el juego de ligadura-desligadura de la cadena de representaciones. El discurso sobre su cuerpo es la repetición de una interpretación con sentido único allí donde falta la representación de la realidad negada, la realidad de la castración.