

Psicosomática Hoy: Tercera Tópica Y Vulnerabilidad

Raquel Zonis de Zukerfeld

“Esta mañana pensé que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo.”

Marguerite Yourcenar, *Memorias de Adriano*

¿Podemos seguir hablando de enfermedad psicosomática hoy en los comienzos de la segunda década del siglo XXI?. Ya pasaron más de 70 años de las primeras investigaciones y publicaciones que identificaban las características de algunas enfermedades calificadas como psicosomáticas. Fue en 1939 cuando Dunbar y Alexander escribieron sus primeros artículos en la revista *Psychosomatic Medicine* inspirados en los desarrollos freudianos sobre la histeria y las neurosis .

Alexander distinguía tres tipos de enfermedad psicosomática: la histeria de conversión donde el síntoma habla, la neurosis vegetativa en la que el conflicto psíquico se expresa en un trastorno funcional a través del sistema nervioso autónomo y la enfermedad psicosomática propiamente dicha. (Etchegoyen, 2005)

Posteriores desarrollos de la teoría psicoanalítica intentaron dar cuenta de manifestaciones clínicas en las que el modelo de la conversión no alcanza para comprenderlas y en donde la interpretación del síntoma

intentado devolver el origen oculto de estas expresiones tampoco las resuelven.

Surgen entonces dentro del psicoanálisis las revisiones sobre el narcisismo y las patologías de déficit y en especial los importantes desarrollos de la Escuela Psicosomática de París, y en la medicina, los avances de las neurociencias y la psiconeuroinmunoendocrinología que demuestran la influencia del estrés en la respuesta corporal. Todos estos desarrollos van poniendo en evidencia que gran parte de las manifestaciones corporales no constituyen un lenguaje sino más bien una de las tantas vicisitudes del acontecer traumático dentro de determinadas condiciones psicosociales.

Si entendemos lo psicosomático como una condición que expresa la indisoluble unidad entre mente y cuerpo este concepto hoy en día adquiere mayor relevancia, ya que muchos de los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad y las investigaciones dentro de los nuevos paradigmas de la medicina (PNIE y neurociencias), así lo evidencian. Pero si queremos aludir a la singularidad de un sujeto que padece una patología



orgánica, pensamos que tenemos que hacer algunas revisiones y actualizaciones que nos alejan de los planteos sobre las “enfermedades psicósomáticas” y nos permitan una mayor comprensión del funcionamiento psíquico y de las recursivas influencias entre sujeto y medio ambiente.

Para ello proponemos:

- 1) Revalorización del concepto de trauma
- 2) Reformulación del modelo de aparato psíquico
- 3) Replanteo del concepto de psicósomática.
- 4) Nueva nosología: vicisitudes de la vulnerabilidad.

1.- Revalorización Del Concepto De Trauma

La noción de “trauma” está -como es sabido- en los inicios de los desarrollos freudianos, y la producción analítica sobre su valor teórico y clínico ha sido extensa y controversial.

Podemos observar como a lo largo de la obra de Freud el concepto de trauma atravesó distintas vicisitudes y la evolución del mismo está incluida en los cambios desarrollados en su teoría. Desde los primeros momentos el trauma está asociado a la etiología de las neurosis de transferencia y el enfoque es claramente económico. Posteriormente se aleja de esta concepción económica, jerarquiza el valor de los factores dinámicos y topológicos, abandona el rol atribuido a la realidad externa en la génesis del trauma privilegiando el valor de la realidad interna que junto a la sexualidad infantil, las fantasías y el inconsciente dinámico constituyen los pilares sobre los que se desarrolla el cuerpo teórico del psicoanálisis. De todas maneras no abandona el interés por el trauma

como hecho puntual prueba de ello son sus concepciones sobre las neurosis traumáticas y las neurosis de guerra. En 1926 cuando elabora su última teoría de la angustia (Freud, 1926) nuevamente adquiere valor el trauma como hecho fáctico. El yo desencadena la señal de angustia para evitar verse invadido por la angustia automática que provoca la situación traumática. Es el pasaje del trauma a la vivencia traumática.

Posteriores desarrollos teóricos dentro del psicoanálisis profundizarán esta discusión entre la importancia del hecho fáctico y sus consecuencias en el psiquismo, o el valor del impacto pulsional como generador de fantasías, y la inclusión del otro significativo como generador y/o modulador del impacto traumático.

Es interesante señalar que la definición de trauma de Laplanche y Pontalis como “acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica”, evidencian con bastante claridad una serie de confusiones entre el evento con sus características y la subjetividad con sus potenciales. Obsérvese que en esta definición hay un evento “intenso” -es decir mundo externo-, hay una incapacidad interna y además hay una presunción automática de patología duradera. Si no se diferencian estos niveles el término “trauma” puede expresar cosas muy distintas.

El último aspecto de la definición de Laplanche y Pontalis es la idea de “efecto patógeno duradero” que entendemos ha dado lugar en el ámbito psicoanalítico a una tendencia determinista que ha obstaculizado desarrollos teóricos y abordajes clínicos. Es indudable que existe una relación fuerte en-



tre patogénesis y efecto traumático de ciertos eventos disruptivos o en especial con la noción de entorno disruptivo, pero es importante cuestionar ciertas linealidades persistentes.

En este sentido son interesantes los desarrollos de Benyakar que diferencian claramente lo disruptivo de lo traumático: “Sin embargo, una situación nunca es traumática per se, ya que traumático nombra un determinado tipo de falla en la elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial” y más adelante: “Una situación disruptiva habrá sido traumatogénica en la medida que haya actuado impidiendo la normal articulación entre afectos y representaciones y que, como consecuencia haya provocado el colapso de la relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. (Benyakar, Lezica, 2005)

Es esta diferenciación entre evento y sus consecuencias en el psiquismo, y entre hecho y trauma lo que nos llevó a incluir el término de adversidad. En un sentido etimológico este término se refiere a aquello que se presenta como contrario a alguien o a un determinado devenir. En términos generales está asociado a lo que Benyakar denomina fáctico disruptivo- aquello que está más allá de la representación psíquica- y se refiere tanto al evento o al entorno disruptivo. Las consecuencias que estos sucesos o entorno adverso generan en el funcionamiento psíquico constituyen las vivencias y es lo que otorga la singularidad al suceso. La vivencia produce la articulación entre un afecto y una representación. Implica una percepción subjetiva de verbalización variable.

Un mismo estímulo adverso puede ocasionar una vivencia estresante o traumática en diferentes sujetos. En la vivencia de estrés el evento y/o entorno está circunscrito en

tiempo y espacio e impacta en el psiquismo desorganizándolo pero permitiendo una reorganización posterior gracias al desarrollo de mecanismos de defensa. Pero si se sostiene en el tiempo o se repite implica distress y sobrecarga adaptativa que puede derivar en vivencia traumática

En la vivencia traumática el evento y/o entorno resulta irrepresentable o rompe la articulación existente entre afecto y representación y que se conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable (quiste o introducto, Benyakar, 2005). Se sostiene junto a vivencias de desamparo y/o desvalimiento y/o de vacío. En este sentido es importante señalar la dimensión relacional que adquiere el concepto de trauma, de tal manera que para que la desarticulación o la imposibilidad de inscripción se produzca tenemos que pensar un contexto de déficit o ausencia tanto de objeto interno como externo. Se trata de una subjetividad injuriada donde el funcionamiento psíquico implica una dinámica con predominio de la descarga y la presencia de angustia automática.

2. Reformulación del modelo de aparato psíquico

2.1. En los inicios de sus estudios psicopatológicos Freud planteó con toda claridad que en toda neurosis de transferencia existía un núcleo de neurosis actual. Es decir: en toda manifestación de alta jerarquía simbólica hay algo “inadmisibles a la simbolización”, es decir algo no interpretable en el sentido de no descifrable porque nunca se cifró. Pero los modelos freudianos del aparato psíquico no parecieron incluir ese núcleo que tan tempranamente Freud había alertado en su clínica porque en realidad hasta 1927 existió un inconsciente único basado exclu-



sivamente en la dinámica de la represión. Esto no se modificó ni con la introducción del narcisismo ni con el más allá de 1920. Pero ya por esa fecha los desarrollos sobre la perversión dieron lugar a la formulación freudiana de la escisión y la coexistencia. Ahora spaltung no separa solo un “arriba de un “abajo” sino que plantea existencias simultáneas en un mismo plano.

Consideramos entonces que independientemente de cómo se establezca su origen se trata de la “coexistencia de dos posturas psíquicas” una que gira alrededor del Ideal del Yo donde opera la represión y es la fuente de la intersubjetividad y otra – apartada, escindida- que es la sede de la desmentida radical y a su vez ha sido constituida por ella: el Yo Ideal permanente, monádico y duplicante y de pura descarga que no reconoce la alteridad. Y con esto queremos decir que en todo acto psíquico, en todo producto de la subjetividad y en su misma construcción, conviven constantemente el enmascaramiento represivo y la eficacia de lo no representable asociado a la pregnancia inevitable del narcisismo tanático. Desde allí conviene recordar que entre la primera y segunda tópica Freud introdujo el narcisismo pero que este no tuvo su figuración tópica.

“Pensamos la escisión no solo como un mecanismo de defensa, sino también como un mecanismo estructurante y universal solidario de la represión primaria. Es un apartamiento que permite una diferenciación.” (Zukerfeld, & Zonis Zukerfeld, 2005)

2.2 Tanto la pulsión con su anclaje somático, como la condición siempre injusta del objeto auxiliar inexorablemente generan magnitudes no ligables que dejan huellas activables pero no evocables. Esto significa que tanto vía naturaleza y vía cultura hay

carencias y hay excesos. Esto implica que coexistirá para siempre aquello que ingresa en la órbita del deseo y la castración, es decir las leyes del Edipo, con aquello que queda apartado, no reprimido, es decir lo que llamamos escindido.

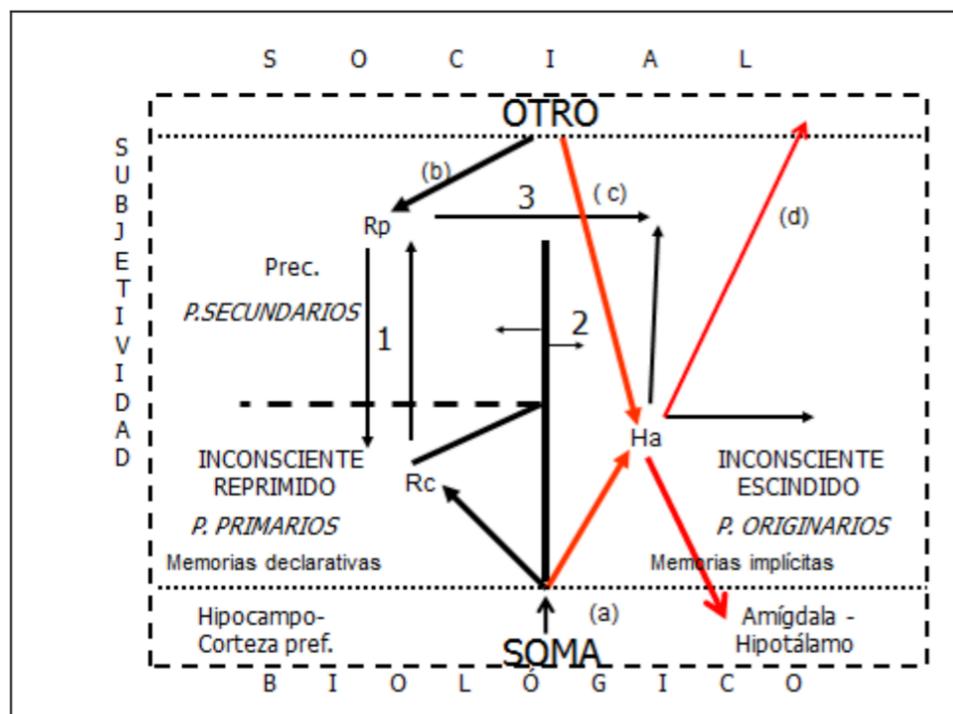
Esto implica también que existe desde el vamos una heterogeneidad inconsciente radical, es decir distintos modos de procesamiento inconscientes en la patología, en la salud y en la cotidianidad de las memorias declarativas y las implícitas, del recuerdo narrado y de la memoria del cuerpo. Esta coexistencia de lo reprimido con lo inconsciente escindido, es lo que entendemos como “tercera tópica”. (ver Figura 1). Esta revisión metapsicológica implica a su vez un punto de articulación posible –y complejo- tanto con las neurociencias como con las llamadas disciplinas de la subjetividad. Se trata de una concepción teórico-clínica de tres espacios psíquicos que extiende la noción de inconsciente dentro de una tópica de sesgo freudiano sosteniendo la universalidad y la coexistencia de procesos inconscientes que determinan que todos sus productos expresen esta coexistencia. En ella además describimos tres dinamismos: el clásico de la represión (1) que determina qué accede y cómo a la conciencia, el de la escisión (2) como vaivén que determina el predominio en la percepción de aquello expresable en el orden de la palabra y/o de aquello inefable propio del orden somático y del acto, y finalmente la dinámica vinculante de los procesos terciarios (3) que ponen en relación a esos dos órdenes. Esta última dinámica constituye la articulación de lo representable y la riqueza fantasmática del Prec. con lo que se encuentra escindido: es justamente el campo donde se desarrolla lo que denominamos el potencial heurístico del sujeto a



través del lazo social con el otro, es decir el campo de la creación de lo nuevo. No se trata aquí solo de descifrar sino de crear, de inventar un sentido, de generar una narrativa verosímil y compartida, lo que es posible solo en transferencia con un vínculo significativo. La importancia -a nuestro modo de ver- de introducir lo escindido como fundante y estructurante es jerarquizarlo como

apartamiento o separación originaria, universal y persistente que implica la posibilidad de puentes no reduccionistas con otras disciplinas que se ocupan de la mente y de la construcción de subjetividad (v.g. neurociencias). En esta concepción no hay un centro y por tanto no hay bordes sino que el descentramiento y la complejidad es intrínseca al funcionamiento psíquico.

Figura 1 El inconsciente escindido y la tercera tópica.



Referencias:

- Rp: Representación de palabra (1) Dinámica represiva y tramitación representacional
- Rc: Representación de cosa (2) Dinámica de vaivén y predominio en P-CC
- Ha: Huella activable no evocable (3) Dinámica vinculante que da sentido a lo inefable
- (a) Polo pulsional (b) Función estructurante (c) Función negativa (d) Activación

3.-Replanteo del concepto de psicología

3.1. Cuerpo y psiquismo: un enlace metafórico

Freud (1915), en *Los instintos y sus destinos* propone a la pulsión como enlace entre lo anímico y lo somático. Esta pulsión proviene del interior del cuerpo, pero cuando se acerca al psiquismo adquiere el estatuto de representante psíquico. Lo psíquico sufre la cantidad venida del cuerpo al que está ligado; en este sentido está al servicio de lo corporal, un esclavo al que se le impone la fuerza de un amo que lo hace trabajar.

En el caso Dora propone la existencia de una complacencia somática en la génesis del síntoma histérico, vinculándola a un órgano o función corporal que será soporte del enlace simbólico inconsciente constituyendo esa particular transacción que es el síntoma conversivo. Es así que el cuerpo del que habla Freud es un cuerpo que expresa y relata un conflicto psíquico utilizando un lenguaje corporal que se presta a ser decodificado. Este es el cuerpo que durante muchos años interesó al psicoanálisis

3.2. La psicología psicoanalítica-Desarrollos post- freudianos

3.2.1 Pierre Marty en los finales de la década del 60 ha sido uno de los creadores de este campo teórico-clínico que es la psicología psicoanalítica. Alejado del modelo de la neurosis o los tipos de personalidad descriptos por el grupo de Chicago propone un déficit en la mentalización que deja al cuerpo como único escenario pulsional. Al compartir una energética común psique y soma se posibilita que el sistema de fijación - regresión atraviese al yo y llegue a investidura

somáticas, transfiriendo valores afectivos a las funciones somáticas. (Calatroni, M. T, 1998)

El desarrollo individual parte de lo somático para dirigirse progresivamente hacia lo psíquico y la organización psíquica ocupa la cumbre de la jerarquía funcional. En general Marty propone un dualismo pulsional y una unidad psiquesoma, por eso no habla de enfermedad psicología porque sostiene que todo el funcionamiento humano es psicología. Pero hay un punto donde Marty (1992) propone una ruptura en esta jerarquía funcional y es en la explicación de las enfermedades graves (v.g. sida, enfermedades autoinmunes y cáncer) que se presentan como una organización propia alejada de la jerarquía psicología. En estos casos el soma aparece escindido de una organización psicología. Pero lo que es necesario destacar en esta postura teórica es que la patología somática se da dentro de lo que ellos denominan estructura psicología, caracterizada por un nivel de mentalización, tipos de fijaciones y predominio de angustias anobjetales y que demostraron en diferentes investigaciones y observaciones clínicas.

3.2.2. Green, (1990) menciona cuatro mecanismos de defensa contra la regresión fusional, los dos primeros son de cortocircuito psíquico, uno de ellos, la exclusión somática está claramente diferenciado del mecanismo de la conversión; aquí el conflicto se disocia de la esfera psíquica, derivándose al soma (y no al cuerpo libidinal) produciendo una disociación psique - soma. Su resultado es una formación asimbólica, donde la energía libidinal se transforma en energía neutralizada puramente somática que puede poner en riesgo la vida del sujeto. Para Green es un recurso defensivo que pro-



tege al yo del encuentro destructivo con el objeto, constituyendo un verdadero “acting out” dirigido al cuerpo no libidinal.

3.2.3. McDougall (1991) sostiene que el cuerpo psicósomático está decalectizado, sus mensajes no son recibidos como portadores de pulsiones prohibidas como ocurre en el cuerpo neurótico, ni vividos con un sentimiento de ajenidad como ocurre en el cuerpo psicótico. Aquí lo que sucede es que los representantes psíquicos del soma son denegados, considerados como inexistentes o sofocados, carentes de significación. De la misma manera el vínculo con los otros se torna desafectivizado, reproduciendo la modalidad de relación que tiene con su propio cuerpo.

3.2.4. Winnicott, (1982) propone el término “psico – somático” como un vocablo que describe determinados estados clínicos, un guión que junta y separa no solo la manifestación sintomática del paciente sino también los dos aspectos de la práctica clínica. Plantea la disociación del paciente que padece una patología psicósomática y llega a decir que la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización del yo del paciente, “[...] La escisión, por cierto, es tal que separa el cuidado físico de la comprensión intelectual; y lo que es más importante separa la atención -psique de la atención –soma.” El cuerpo en la enfermedad psicósomática está disociado de la psiquis, a diferencia de las patologías funcionales donde el cuerpo está involucrado en procesos emocionales y conflictos mentales. Si la tendencia normal en cada individuo es lograr la unidad psiquesoma, integración que se logra a partir del reforzamiento materno, la enfermedad psico-somática expresa un estado regresivo, una defensa que lo coloca nueva-

mente en el camino de la no integración.

3.2.5. Liberman (1982) Desarrolló las condiciones evolutivas psicológicas y ambientales vinculadas al paciente sobreadaptado que somatiza. Con la intención de cumplir con el Ideal exigente de sus padres, son pacientes que presentan un tipo de “acomodación” acelerada a la realidad externa y desapegada de la realidad psíquica, generando lo que Liberman denomina “self ambiental sobreadaptado” y “self corporal sojuzgado”. De esta manera para obtener su objetivo llegan a la negación de las emociones que pudieran poner en riesgo su logro. La hiperadaptación a la realidad externa produce la disociación de sus vivencias emocionales, restricción creativa, pérdida de la capacidad de fantasear e imaginar y en este contexto emerge el síntoma somático. El órgano enfermo es el intento de recuperar la unidad psicósomática disociada.

3.2.6 Hasta aquí hemos presentado diferentes posturas acerca de la psicósomática donde la mayoría de los autores diferencian el cuerpo erógeno del soma. Por un lado tenemos el cuerpo con sus elementos articuladores, las pulsiones, éstas a su vez, en la frontera con el psiquismo se imponen como una exigencia de trabajo y sufrirán diferentes vicisitudes acordes con su constitución y la singularidad histórica-vivencial del sujeto, como es sabido, clásicamente son estas vicisitudes las que constituyen el núcleo conceptual etiopatogénico de las psiconeurosis. En este breve recorrido hemos visto también cómo estos autores entienden la vinculación psiquesoma, y el estatus que adquiere el cuerpo en la constitución del síntoma. Lo que vemos en común es que estos planteos son en general exclusivamente psicogenéticos: disociación, psiquismo aplastado, cuerpo decalectizado, o mecanismo de defensa



frente al dolor psíquico o al riesgo de perder la integración yóica. La disociación cuerpo erógeno del soma puede ocultar en el fondo un pensamiento cartesiano y sostener en cierta medida un criterio “neuróticocéntrico” a pesar que claramente, los autores antes citados diferencian lo conversivo de otros mecanismos.

En estos planteos es la mente la que influye en el cuerpo de distintos modos, pero ¿qué pasa cuando es el cuerpo el que envía mensajes -a través de las sustancias que lo componen- a la mente y provoca cambios afectivos, conductuales o ideativos?.

Pensar la doble vía y su constante recursividad es una tarea necesaria y permanente para el pensamiento psicoanalítico, tanto para evitar ingenuidades teóricas como para preservarse de iatrogenias no admitidas.

En este sentido entendemos lo psicósomático como la vinculación entre el cuerpo y la mente donde es importante tratar de comprender cómo incide el funcionamiento corporal en procesos complejos de la mente y cómo las funciones de la mente generan consecuencias en el cuerpo en un feedback recursivo y constante que nos aleja de posturas deterministas y estructurales. En este sentido Bernardi (2002) cuestiona la distinción entre cuerpo y psiquis “[...] cuestionemos esta distinción postulando un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado y reconocamos en las fronteras entre ambos la existencia de zonas de superposición y tierras de nadie.”

Por tal motivo en otro trabajo (Zonis Zukerfeld, R., 2012) utilizamos el concepto de “mente corporizada” de Riera (Riera, R., 2011), pero lo ampliamos al de “cuerpo mentalizado” enfatizando el concepto de un sistema abierto, funcional y cambiante que

expresan la unión, intercambio y transformación constante y compleja de los elementos que lo integran.

Por eso si tuviéramos ahora que delimitar a lo llamado por tradición “psicósomática” lo centraríamos alrededor de la noción de vulnerabilidad somática, de modo tal que este campo sería definido como aquél donde se estudia cómo y por qué aumenta o disminuye la vulnerabilidad de un sujeto a que su cuerpo se deteriore antes de lo que indican las condiciones determinadas por la especie, incluyendo sus secuelas y las formas de diagnosticarlo, prevenirlo y tratarlo. Es así que hoy en día este campo es por definición interdisciplinario. Por otra parte es importante recordar cómo ha variado la constitución de la subjetividad, y también los paradigmas médicos en menos de un siglo con todo lo que esto implica como representación social de la enfermedad, en una época donde un enfermo suele convertirse en un consumidor de servicios más que en un protagonista del proceso de la cura.

3.3 Vulnerabilidad

Es en este contexto que creemos importante para el psicoanálisis tener en cuenta el valor de la noción de vulnerabilidad como una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad. Es decir que existen sujetos que enferman más fácilmente que otros o que padeciendo la misma enfermedad tienen más complicaciones o responden peor a las intervenciones terapéuticas. Si un psicoanalista supone que en el desarrollo de una enfermedad intervienen factores psicológicos la pregunta entonces es ¿de qué



condiciones de funcionamiento psíquico depende esto?

En trabajos anteriores (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 1999) hemos planteado que desde el punto de vista psicoanalítico la vulnerabilidad somática podría entenderse como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que consideramos propio del inconsciente escindido, es decir de lo irrepresentable¹, que solo consiste de huellas activables pero no evocables producto de las vivencias traumáticas. (ver 2.2 y fig.1) Este funcionamiento coexiste con el organizado alrededor del conflicto y la represión, que en las neurociencias está asociado a las memorias declarativas propias del circuito hipocampo-cortical. En cambio el funcionamiento escindido conviene entenderlo como de predominio de la memoria emocional implícita del circuito amigdalino-hipotalámico Este predominio cuando alcanza cierta cristalización define lo que entendemos como vulnerabilidad cuya expresión clínica habitual es la precariedad de la vida fantasmática, una tendencia a la descarga y una carencia de recursos del Yo que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos de afrontamiento inadecuados.

¹ En toda la historia del psicoanálisis creemos que lo que entendemos como inconsciente escindido ha recibido distintos nombres que van desde la pantalla beta de Bion hasta lo originario de Aulagnier y desde el teatro de lo imposible de Mc Dougall hasta lo incógnito de Rosolato, incluyendo lo negativo en Green, Missenard y diversas e importantes ideas al respecto de Botella, Kaës y Rousillon

Definido así este constructo entendemos que sería dependiente de tres conjuntos de factores (ver Figura 2):

- a) la historia singular de acontecimientos traumáticos tempranos y tardíos: es indispensable la jerarquización de la noción de trauma y su relación con la angustia automática para explicar la vulnerabilidad. Pero esta noción no debe quedar limitada a la primera infancia sino que debe incluir los eventos posteriores en especial la noción de trauma acumulativo de M. Kahn.
- b) la condición de calidad de vida alcanzada: todas las variables que se estudian en las ciencias de la salud en relación con el estado objetivo de la vida de un sujeto y en especial con la percepción subjetiva de bienestar influyen para determinar su vulnerabilidad- Asociado con esto se observará la presencia, o no, de conductas saludables que contribuyen a la calidad de vida y que dependen también de los recursos yóicos con los que cuenta el sujeto.
- c) en especial las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos con su valor de sostén e identificadorio portador de los ideales culturales dominantes². Esta red vincular se percibe subjetivamente en última instancia como apoyo o como stress y es decisiva para considerar la

² Se trataría a nuestro modo de ver de las ofertas que una determinada cultura realiza para regular la autoestima de sus integrantes. Adquieren distinta relevancia si su subjetivaciones vía Ideal del Yo o si se asimilan al Yo Ideal.



vulnerabilidad de un sujeto determinado o de un grupo social. Por otra parte son las redes vinculares las que brindarán modelos identificatorios acerca del valor subjetivo de enfermar, las modalidades del enfermar y las conductas de autocuidado.

Las variables mencionadas no son factores de riesgo en el sentido médico tradicional del término, sino más bien una constelación compleja y recursiva de factores donde la enfermedad ya constituida se convierte en suceso traumático, altera la calidad de vida y la red vincular. Por otra parte lo que entendemos como vulnerabilidad –un predominio psíquico- es una condición inespecífica porque no determina desarrollo hacia tal o cual patología. Consiste en realidad en un potencial que puede manifestarse en concu-

rrencia o no con factores de tres ordenes diferentes: aquellos que modernamente se describen como biológicos (incluyen lo genético, lo congénito y lo adquirido en el primer año de vida), los que las ciencias sociales y el psicoanálisis pueden definir como ideales culturales dominantes y los que la medicina actual define como conductas saludables. Los dos primeros factores otorgan especificidad para determinadas patologías (ej. especificidad genética de la diabetes tipo I o de la hipertensión; especificidad sociocultural del ideal de delgadez en la anorexia nerviosa o del ideal de eficientismo en la patología cardíaca) y las conductas saludables cuando existen tienen que ver con la posibilidad de recuperación y/o con la perpetuación de la enfermedad.

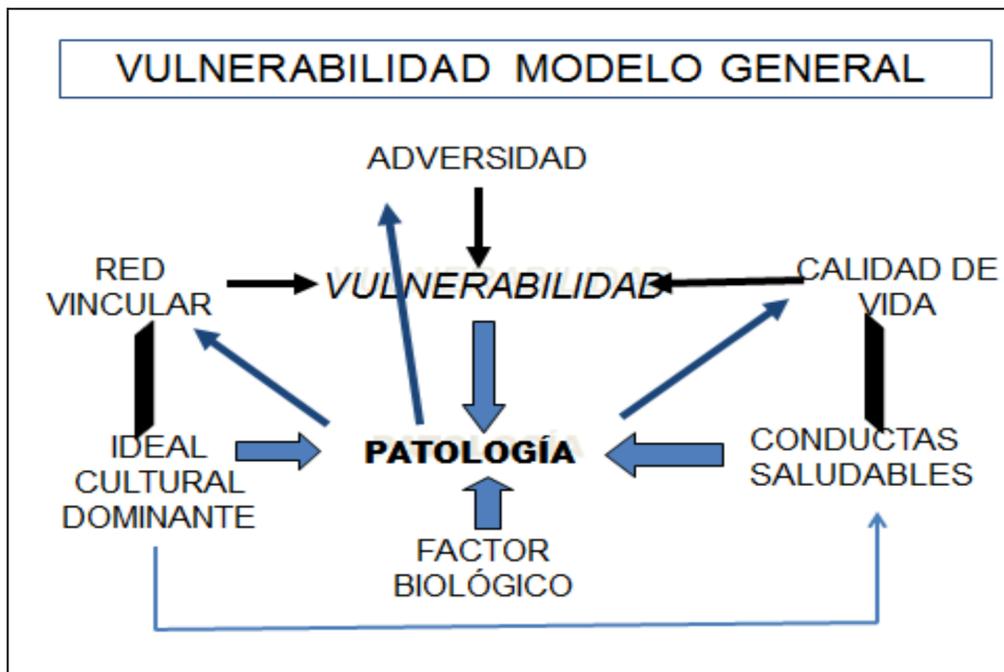


Figura 2 Modelo General de vulnerabilidad

4. Nueva nosología. Vicisitudes de la vulnerabilidad

4.1 Modelo categorial

La introducción en la teoría de este constructo permite entonces en la clínica una revisión de las categorías sano – enfermo reformuladas ahora en términos de cuatro tipos: sujetos vulnerables – sintomáticos (VS), vulnerables – asintomáticos (VA), no vulnerables – sintomáticos (NVS) y no vulnerables – asintomáticos (NVA) Es importante aclarar aquí que el sentido del término “sintomático” alude a síntomas y signos que se explican médicamente³.

4.1.1. El VS es lo que se entiende como un sujeto que padece una condición que puede considerarse como enferma para la medicina con o sin componentes subjetivos de malestar, que incluyen también la representación social de la enfermedad, pero en el que puede describirse el funcionamiento que hemos caracterizado anteriormente como vulnerable. Este sería para las clasificaciones tradicionales el “enfermo psicossomático”, sin importar para esta caracterización el tipo de enfermedad diagnosticada por la medicina ya que aquí puede estar incluido desde un hombre joven con una úlcera hasta una mujer con cáncer de mama. Existe una enfermedad y *existe un enfermo que los psicoanalistas caracterizamos como tal por el predo-*

minio y cristalización de un modo de funcionamiento psíquico.

4.1.2 El VA es una condición que en principio tiene escaso sufrimiento subjetivo en el sentido de conflicto intrapsíquico, aunque su propio funcionamiento psíquico predominante suele implicar conflictos con la realidad externa y en los vínculos intersubjetivos. Desde la perspectiva médica no tiene enfermedad pero puede presentar los factores que se describen como de riesgo (alexitimia, ansiedad difusa, depresión esencial, sobreadaptación, etc.) Pertenece al campo de la psicossomática desde el momento que esta pertenencia se define por el predominio de un funcionamiento psíquico aunque no tenga ni úlcera ni cáncer No hay enfermedad, pero entendemos que para un psicoanalista habría un enfermo.

4.1.3 El NVS es la manera de darle nombre en esta categorización discreta, al predominio del modo de funcionamiento organizado por lo reprimido-represor. Aquí se da el fenómeno inverso del caso anterior ya que habría una enfermedad y no habría un “enfermo psicossomático” tanto en una mujer con diabetes como en un hombre con hipertensión Existe sintomatología y la medicina le da la categoría de enfermedad o síndrome, pero en el funcionamiento psíquico no existen cristalizaciones como las descritas en 3.3. Modernamente este conjunto como tal es enfocado con procedimientos de educación terapéutica para las enfermedades crónicas que suelen incluir técnicas de automonitoreo y jerarquizar el autocuidado responsable⁴. Pero la magnitud

³ No se refiere a síntoma en el sentido psicoanalítico. Por otra parte en todas las categorías pueden haber síntomas neuróticos como expresión independiente del funcionamiento coexistente y universal de lo reprimido-represor.

⁴ Como por ejemplo el modelo de Assal (1992) para la diabetes y todos los programas



de los síntomas, su representación social (no es lo mismo SIDA que hipertensión), su relación con condiciones genéticas y con ideales culturales dominantes (no es lo mismo obesidad que asma), pueden adquirir valor traumático, alterar la calidad de vida y la red vincular. En la medida que esto suceda (dependiendo de tipo de enfermedad y contexto) pueden activarse los mecanismos propios de lo escindido e incrementarse la vulnerabilidad en un segundo momento pasando el sujeto ahora a la categoría VS.

En definitiva ser vulnerable desde el punto de vista psicoanalítico alude a un predominio en un modo de funcionamiento psíquico que puede darse en sujetos médicamente sanos o enfermos de cualquier patología, asumiendo que además de la evolución intrínseca de la enfermedad existe una condición subjetiva singular que influye en su pronóstico. En principio la intervención médica tradicional tiende a eliminar, disminuir o controlar los signos y síntomas de enfermedad médica (de sintomático a asintomático) y la intervención psicoterapéutica a disminuir la vulnerabilidad

4.2 Resiliencia

Pero también existen sujetos que la medicina define como sanos y que en la clasificación categorial descripta corresponden a los NVA. En una investigación empírica sistemática realizada en la Universidad de Buenos Aires, encontramos un patrón común en este subgrupo constituido por la

existencia de proyectos vitales, percepción subjetiva de ayuda, buen humor, afrontamiento mental del dolor y autocontrol. Este patrón coincidió en varios aspectos con el obtenido por los investigadores de los aspectos psicosociales del constructo resiliencia definida como “el proceso o la capacidad para desarrollar una adaptación exitosa en circunstancias asociadas con disfunción psicológica y baja competencia” (Rutter, 1987; Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994) y también “como la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001) Se trata de una noción que fue descripta inicialmente en niños que han tenido desarrollos adaptativos exitosos pese a condiciones de contexto muy adversas que predecían lo contrario. Posteriormente se extiende a sujetos de cualquier edad en distintas condiciones contextuales. Existen distintos enfoques desde perspectivas biológicas, sociales y psicológicas pero para la investigación psicoanalítica es particularmente interesante el estudio ideográfico de Stein, Fonagy, Ferguson y Wisman, (2000) en el llamado caso Billy. En este caso los autores demuestran la importancia de los vínculos y de encontrar figuras de apego para el desarrollo adecuado de un niño que padeció abusos, que tenía un notable retraso y cuyo pronóstico psiquiátrico era la esquizofrenia. Por otra parte los desarrollos de Fonagy et al de la noción de función reflexiva en relación con la de apego seguro implica que el sujeto perciba en el estado mental de su cuidador (o de su vínculo significativo) una imagen de sí mismo como deseante, con creencias y características propias, lo que es central en la constitución del self. En términos generales cuando se estudian los fundamentos psicológicos del concepto de resi-

psicoeducacionales para enfermos crónicos que funcionan a partir de las nociones de aceptación y recuperación de la enfermedad con énfasis en los dispositivos grupales y en la autogestión.



liencia se privilegia la interacción con otro que garantice reconocimiento y la constitución de la autoestima en relación con el humor y la creatividad. (Melillo, Suarez Ojeda, 2001)

4.3 Modelo dimensional

En la actualidad pensamos entonces que puede haber cierta continuidad entre vulnerabilidad y resiliencia que se define en realidad en tres ejes: funcionamiento mental, recursos del Yo y vínculos intersubjetivos. (ver Figura 3)

4-3.1. Desde una perspectiva de interacción entre el psicoanálisis moderno y las ciencias de la salud puede pensarse el funcionamiento mental de un sujeto en un gradiente que iría desde lo que entendemos como funcionamientos de riesgo a lo que suponemos como funcionamientos protectores y transformadores. El funcionamiento de riesgo corresponde clínicamente a lo que la Escuela Psicósomática de París llama escasa o incierta mentalización y define en términos de vida operatoria, depresión esencial y/o alexitimia. Estas serían las manifestaciones clínicas de lo que entendemos como predominio de lo inconsciente escindido, predominio que puede culminar en una cristalización. En estas condiciones las respuestas del sujeto a lo que genéricamente se conocen como factores de stress, tienden a ser “amigdalinas. Esto implica que un estímulo que en otras condiciones provocaría una señal para poner en juego los mecanismos de defensa, en esta condición provocarían respuestas del orden de la angustia automática, es decir la imposibilidad de ligadura representacional. En sentido inverso la riqueza de la vida fantasmática y la complejidad y fluidez del preconscious – como describen

Marty et al– implican procesamientos que cuando predominan constituyen un funcionamiento inconsciente protector. Este funcionamiento disminuye la respuesta somática, deviene además en transformador, modifica la realidad hostil en relación a la fluidez (en contraposición con la cristalización) de sus dinamismos.

4- 3.2 Los recursos del Yo definen la manera en que un sujeto evalúa y responde a los sucesos vitales y las características de estas respuestas influyen en su condición de más vulnerable o más resiliente. Aquí es donde se plantea la relación entre defensa y el mecanismo cognitivo comportamental conocido como afrontamiento. En términos generales lo que se llama defensa es inconsciente, asociado al conflicto interno y con cierto sesgo patológico. En cambio el afrontamiento sería preconscious-consciente, frente a un factor externo y con sesgo adaptativo-saludable. Pero esta esquemática diferenciación -e inclusive el repertorio de mecanismos involucrados- se solapa en la teoría y en la clínica desde el momento que la evaluación y los esfuerzos frente al estímulo externo están influidos por el conflicto interno⁵. De allí que como señalan Varela y Bernardi (2001) citando a Vaillant “las defensas afrontan y el afrontamiento defiende”. Inclusive estos autores señalan que “los mecanismos de defensa pueden ser indicadores de psicopatología pero también tienen aspectos saludables y que en realidad las

⁵ La definición de afrontamiento de Lazarus (1986) se refiere a “esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto”



defensas y el coping pueden ser considerados como procesos diferenciados dentro del fenómeno más vasto de la adaptación.

Así es que en la interface psicoanálisis-ciencias de la salud el estudio de los estilos de afrontamiento adquiere relevancia desde el momento que la respuesta somática al stress crónico y repetido⁶ expresaría cierto fracaso en poder transformar una cantidad en un proceso representacional. Por eso es que en este modelo dimensional lo más importante es establecer si los estilos de afrontamiento son adecuados para cada suceso y/o amenaza. Por lo general lo que se puede afirmar es que en realidad la escasez o la estereotipia de recursos tiende a ser patológica y la variabilidad impresiona como más saludable o adecuada. Esto quiere decir que se trata de la relación entre cristalización y fluidez. Esta última la entendemos como saludable porque significa que dependiendo del tipo de suceso, de su magnitud y de su oportunidad el mecanismo en juego será distinto. La desmentida de las consecuencias de un infarto cardíaco cambian su signo si funciona como recurso antes del infarto, en la sala de terapia intensiva o un mes después. Así es que se puede plantear que la tendencia patológica se podría evaluar aún antes de su evidencia –la sintomatología somática– por los indicadores de escasez, rigidez o falta de oportunidad.

4.3.3. La hipótesis principal que planteamos es que la vulnerabilidad y la resiliencia de un sujeto dependen principalmente de

su historia y actualidad vincular. Podemos, en principio, partir de la caracterización que realiza Freud del lugar del otro en la vida subjetiva como auxiliar, modelo, objeto y rival. Mas modernamente entendemos que el otro como objeto de satisfacción y como rival fundamenta la ambivalencia presente en todos los vínculos y el otro como modelo está relacionado con los enunciados identificatorios involucrados en los ideales culturales dominantes.

Pero el otro como auxiliar es el que crea las posibilidades de desarrollar un apego seguro y una percepción subjetiva de sostén. Estas serían las condiciones fundamentales específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto” para que un sujeto con funcionamientos de riesgo –es decir vulnerable– pueda llegar a desarrollar actitudes y comportamientos resilientes que suelen incluir estilos de afrontamiento adecuados. En la figura 3 se puede observar que el vector vincular es el que daría la posibilidad de evolucionar de la vulnerabilidad a la resiliencia. En ese sentido este modelo quiere poner en evidencia el valor de los vínculos tardíos, de las figuras de apego sustitutivas y de todo lo que significan adquisiciones en vínculos intersubjetivos significativos.

En este esquema se puede observar además de los desarrollos resilientes y vulnerables otras dos vicisitudes: a) la Resolución Aquiléica o “posición subjetiva aquileica (PSA)”. Su nombre se debe al estudio psicoanalítico que hemos realizado sobre la leyenda de Aquiles, el vulnerable que se siente invulnerable, el desvalido que necesita de la gloria que le impone el deseo de su madre, la diosa contrariada Tetis.

La PSA la definimos como la condición subjetiva que implica vulnerabilidad equili-

⁶ Las ideas de Mc Ewen (1998) sobre la sobrecarga alostática se relacionan con esta problemática desde una perspectiva fisiológica



brada o compensada por la obediencia a ideales culturales dominantes. Se trata en la actualidad de armaduras de eficientismo e inmediatez frente a la adversidad dominados por un yo ideal o un ideal del yo tanático donde no existe posibilidad de transformación alguna. Estas armaduras intentan cubrirlo todo menos brindar el amparo neces-

rio o el modelo de cambio a intentar frente a la adversidad.

b) Resolución Neurótica: El término alude genéricamente a la existencia de síntomas que expresan conflicto, que implican resignificación y que se manifiestan de distintos modos de acuerdo a la historia subjetiva.

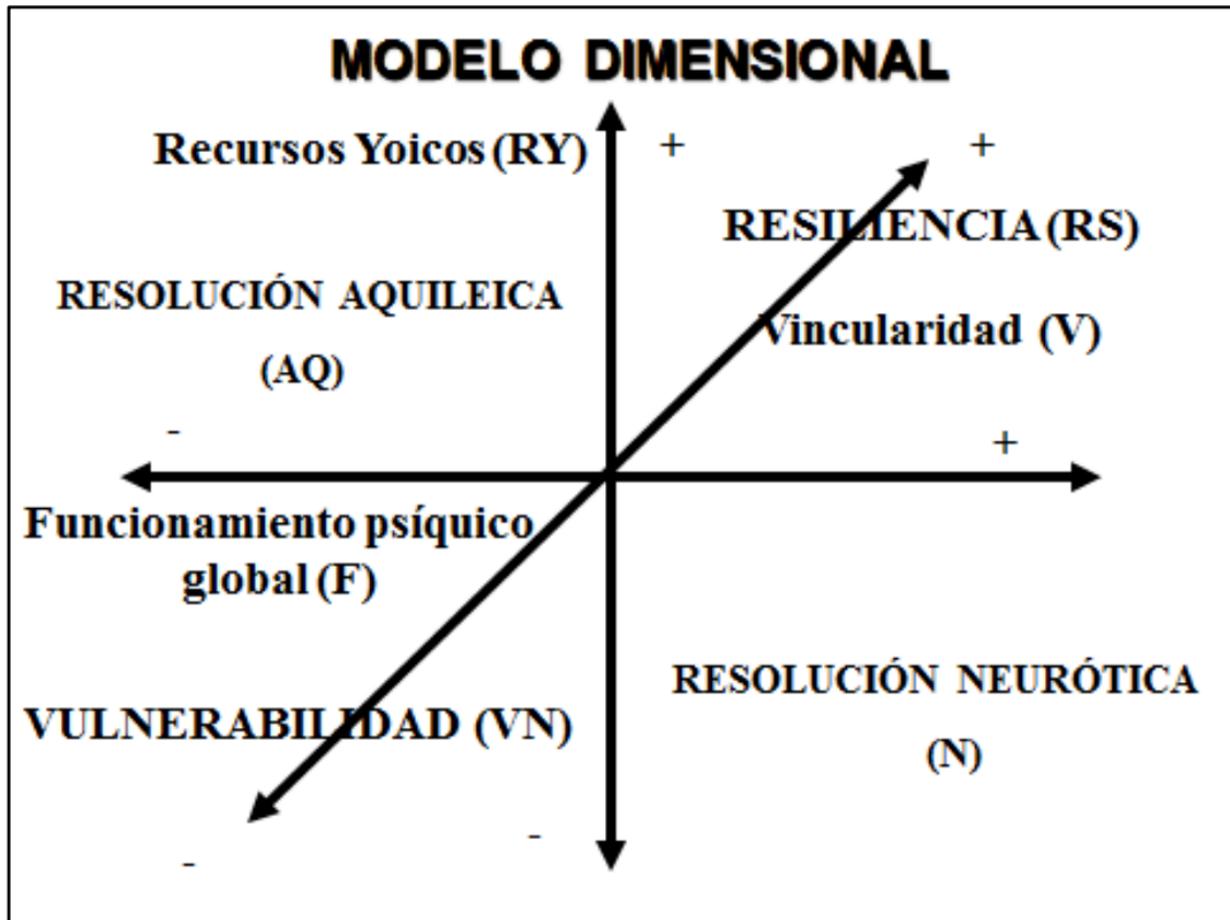


Figura 3. Modelo dimensional: de la vulnerabilidad a la resiliencia

Esto quiere decir que siempre hay posibilidades de nuevos desarrollos en condiciones adversas o existiendo una historia de adversidad, en la medida que exista lo que entendemos como red vincular. Como tal

definimos tanto la presencia como la interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción de apoyo y/o stress de magnitudes variables. El concepto de apoyo incluye tener tanto a quien recurrir



como en quién pensar para sentirse reconfortado o motivado e incluye aspectos emocionales, informacionales y tangibles (Schaefer et al, 1982); el concepto de stress incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes o confusos como la sensación de no tener a quién recurrir. Ambos aspectos determinan un balance que da lugar a la percepción de sostén.

El otro componente del vector vincular lo constituye las características del apego que desde las trascendentales investigaciones de Bowlby se refiere a la tendencia primaria a buscar contacto y apoyo y crear lazos afectivos intensos con personas significativas, independientemente de la necesidad nutricional o el deseo sexual. Las características del apego se manifiestan en las modalidades de establecimiento de vínculos, en los mecanismos de defensa, en el modo de procesamiento de las pérdidas y en las estructuras cognitivas y narrativas del sujeto. (Bowlby, 1980). Marrone (2001) realiza una clara reseña de los tipos de apego o disposiciones originales que eran tres: seguro o autónomo o equilibrado, evitativo o elusivo o distante, y preocupado o ambivalente. A partir de estudios con la Entrevista de Apego para Adultos se establecieron dos tipos más de apego (desorganizado e inclasificable) y paralelamente se desarrollaron diversos programas de investigación entre los cuales está el desarrollo de las escalas RQ-RSQ (Bartholomew y Horowitz,1991)⁷.

Marrone reseña también diversos estudios sobre los tipos de apego y su relación con las neurociencias y con las respuestas neurofisiológicas y el campo de la psicósomática.

En este sentido son interesantes los aportes de Ciechanovsky et al (2001,2002) quienes utilizando el RQ-RSQ plantearon que el apego inseguro-distante o desentendido se asocia con menor adherencia al tratamiento y peores niveles de glucosa en pacientes diabéticos, y que en pacientes con hepatitis C los sujetos con apegos inseguros del tipo temeroso y preocupado, tienen más síntomas inexplicables que los que fueron considerados con apego seguro

4.3.4. Aplicación clínica del modelo dimensional. Presentaré la síntesis de dos casos clínicos que tienen en común el padecimiento de una enfermedad oncológica severa con evoluciones y procesos terapéuticos distintos. Por otra parte - además de la tarea clínica habitual- se ha puesto a prueba la impresión clínica de terapeutas y supervisor⁸ utilizando el modelo dimensional con el que estudiamos vulnerabilidad y resiliencia. (ver 4.3) Se trata de estudios de caso único donde se evalúan los procesos y los resultados terapéuticos desde distintas perspectivas.

Viñetas clínicas

Yuko

Paciente de 50 años, soltera, fue operada de un cáncer de mama, vive con su madre

⁷ Se trata de dos escalas de apego que permiten establecer cuatro categorías de apego (seguro, preocupado, evitativo o distante y temeroso) vinculadas con el modelo interno de uno mismo y del otro, y también relacionarlas con la ansiedad y la

evitación en los vínculos (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, versión en español autorizada, 2002)

⁸ Estos casos clínicos fueron supervisados en el marco de talleres teóricos – clínicos por la Lic. Raquel Zonis Zukerfeld y el material clínico pertenece a la Dra. Lidia Rozas



postrada desde hace años, a quien dedica todo su tiempo, y un hermano menor, profesional, en una vivienda antigua donde su cuarto se encuentra en un altillo aislada del resto de la casa. Es una familia de origen japonés donde nadie dice lo que siente.

Yuko trabajaba en una perfumería. Al principio estaba bien pero a medida que fueron tomando más personal y ampliando el negocio empezó a sentirse dejada de lado, debido a su dificultad en incorporar conocimientos nuevos.

Hace menos de un año se descubre una dureza en un pecho consulta y es intervenida por un carcinoma de mama seguido luego por radioterapia y quimioterapia.

A consecuencia de este tratamiento, describe dramáticamente sus desplazamientos desde la habitación-altillo hasta el baño. Como la madre no la podía ayudar y el hermano no la oía, permanecía tirada en el piso hasta que podía reponer sus fuerzas, o hasta que llegaba la persona que cuidaba de la madre cuando ella trabajaba.

No había un profesional responsable y estable en su atención, y por lo tanto no existía un interlocutor con quien el psicoterapeuta pudiera compartir, o recibir mayor información.

Relata que se sintió poco sostenida y mirada por la madre quien puso todo su amor y empeño en el varón de la familia. Se acentúa su abandono a los 16 años cuando muere el padre al que quería mucho pero a quien nunca se lo pudo decir. La vida de Yuko transcurrió en la oscuridad, siempre sometida y dedicada a su madre.

Busca ayuda psicológica porque una vecina se lo sugiere; no se pudo establecer un vínculo terapéutico, las sesiones estaban ocupadas por el llanto. Por otra parte no fue

posible armar una red que pudiera sostener a Yuko y su tratamiento.

Muere su madre y Yuko pasa a dormir en la habitación y cama que era de su madre sin modificar nada. Despide a la persona que cuidaba a su madre, quedando aún más sola; no se ocupa de sí misma sino de su hermano, a quien persigue y cela acentuando el alejamiento, el mal trato y su sometimiento.

Sus dolores no responden a los analgésicos y cuando se le termina la cobertura, deja el tratamiento. Al tiempo la psicoterapeuta se entera que Yuko falleció.

Sofía

Sofía es una mujer de 50 años, casada, con tres hijos, dos de ellos casados. Con su esposo tiene una buena relación, igual que con sus hijos y demás familiares. Tiene amigos, se siente acompañada y se considera una persona solidaria.

En la primera entrevista relata en forma confusa, que tuvo tres operaciones de mama, dice “en una me punzaron, en otra me sacaron un cuadrante y por ultimo toda la mama, señala la axila y dice hasta acá.” Todavía tenía las vendas de la última operación y no había tomado contacto con su cuerpo dañado. Entre las distintas intervenciones pasó un año eligiendo profesionales hasta que armó su propio equipo terapéutico.

Es la cuarta hija de un matrimonio de inmigrantes, cultos e inteligentes.

Tiene tres hermanos varones mayores. Sofía nace al poco tiempo de haber muerto una hermana de meses; dice que la madre no la quería tener, que hizo todo lo posible por perder el embarazo. Luego lo aceptó, recuerda que le repetía constantemente que agradecía a Dios su llegada y que la hacía feliz. La recuerda muy lejana, triste y poco demostrativa.



De su padre dice que era muy bueno atento, discreto, afectivo y compañero.

Sofía transcurre su infancia aparentemente sin problemas era muy activa y charlatana. Su madre tuvo varios episodios depresivos, con intentos de suicidio e internaciones psiquiátricas. Cuando Sofía tenía 14 años se enferma y la operan de un cáncer de mama; la vio sufrir dolores insoportables, gritaba todo el tiempo y estos gritos torturaban a Sofía quien se cubría sus oídos con la intención de no escucharla.

Después de la muerte de su madre Sofía pasa a reemplazarla en las tareas del hogar, tratando de imitarla; continuaba con sus costumbres, como si nada hubiera pasado.

A los 17 años después de terminar sus estudios secundarios decide trabajar. Se casa a lo 20 años y al poco tiempo nace su hija y con diferencia de tres años nacen sus hijos varones. Cuando nace su primer hijo se le desencadena una psoriasis.

Cuando tenía 35 años, fallece su padre, con quien tenía una relación fluida; con su pérdida siente un gran vacío. Posteriormente a este episodio baja 15 kilos.

Cuando se casa su hija, desarrolla una úlcera gastroduodenal.

En el momento de la consulta, tiene programado un plan de quimioterapia cada 21 días, que debía cumplir en un tiempo determinado, dado que uno de sus hijos fijó su fecha de casamiento. Asocia esta situación con la historia de la madre quien fallece pocos meses antes del casamiento de un hermano de Sofía.

Sofía lucha por su recuperación, pero por momentos teme seguir el destino de su madre. Son meses de gran penuria con avances y retrocesos.

Recuerda a una amiga que funcionaba como su madre, quien fallece bruscamente

pocos meses antes de la primera aparición de su cáncer y ante la proximidad del casamiento de su hijo, Sofía decide comprarse un vestido con los colores que usaba su amiga. Esta conducta es analizada como parte de un intenso trabajo de elaboración del duelo de su madre y de su amiga, en donde ella puede hablar del miedo y la culpa que sentía por seguir viva.

Llega el día del casamiento de su hijo y Sofía se muestra bien; sus amigos y familiares manifiestan alegría y emoción al verla. Cuando se abraza a su hijo por primera vez se permite llorar.

A lo largo de este tiempo se va desarrollando el tratamiento con un abordaje interdisciplinario, donde cirujano, clínico, oncólogo y psicoterapeuta se mantienen en comunicación. Los controles clínicos periódicos se realizan con la frecuencia establecida por los especialistas, coordinados por el médico clínico.

El tratamiento psicoterapéutico se establece con una frecuencia de dos veces por semana, con una tercera sesión en momentos de crisis y al comienzo se realizan sesiones familiares. En todo este proceso estuvo acompañada por su familia y amigos, constituyendo una sólida red de sostén.

En la historia de Sofía podemos observar cómo se asocian la presencia de situaciones traumáticas con manifestaciones somáticas entre las cuales la más significativa es la aparición del cáncer de mama, posterior al fallecimiento de su amiga- madre

Años después, luego del cáncer y estando en tratamiento psicoterapéutico padece distintos eventos traumáticos que son afrontados con mecanismos más adecuados que disminuyen la resonancia somática. Actualmente Sofía tiene una mejor calidad de vida, llevando a cabo proyectos personales y dis-



criminales, posee una sólida e importante red de sostén constituida por familiares, amigos y equipo terapéutico

Comentarios

En este ejercicio clínico hemos comparado los procesos de Yuko y Sofía tomando como indicadores las tres dimensiones desarrolladas en el modelo dimensional (4.3). En el esquema (ver Figura 4) se observan el estado previo y posterior al tratamiento en ambas pacientes. Las evoluciones son opuestas, Yuko, se presenta al comienzo del tratamiento como una mujer carente de figuras de apego y sostén, con un funcionamiento psíquico cristalizado y sin recursos de afrontamiento (primer triángulo de puntos) Promediando el tratamiento se realiza una evaluación dimensional y se observa que debido a sus dificultades vinculares y transferenciales, las vicisitudes laborales y familiares con sus sucesivas pérdidas y la carencia de recursos de afrontamiento, queda anclada en la zona de la vulnerabilidad (segundo triángulo de puntos). Sofía, al comienzo del tratamiento se presenta con un funcionamiento psíquico y con recursos de afrontamiento deficitarios, pero con una buena red de sostén (primer triángulo de líneas), es justamente este vector fortalecido por la importante relación transferencial con todo el equipo terapéutico, especialmente el trabajo con su analista, lo que le permite desarrollar nuevos recursos de afrontamiento, resolver duelos que la tenían adherida a modelos de identificación patológicos, dirigiéndose de esta manera a la zona de la resiliencia (segundo triángulo de líneas)

Como observamos, la aplicación clínica del modelo dimensional introduce como indicadores de procesos algunos conceptos clásicos del psicoanálisis y otros términos

nuevos como el de desarrollo resiliente que hasta el momento no ha sido investigado adecuadamente.

Por otra parte, existe mucho trabajo en la llamada psiconcología como también en los programas de tratamiento de enfermedades crónicas. Es así que a menudo se discute el valor y la oportunidad de la información, la representación social y el relato cultural sobre la enfermedad y la manera de mejorar los recursos de afrontamiento de la misma.

Así mismo los psicoanalistas acostumbrados a trabajar en marcos interdisciplinarios conocen y valoran el papel del holding y realizan intervenciones interpretativas que tienden a despertar potenciales salutogénicos. Sin embargo una concepción como la de resiliencia – que agrupa una cantidad importante de experiencia clínica y de desarrollos teóricos que incluyen por ejemplo ideas de Bowlby, Winnicott y de la escuela psicosomática de París- es desconocida o no es tenida en cuenta.

“Resiliencia” y “afrontamiento” son términos cuyo origen están por fuera de los “territorios psicoanalíticos” pero que sería importante considerarlos para poder pensar y profundizar sobre sus alcances. De este modo –y como parte ahora de la cotidianidad clínica- es de observar en diversos pacientes, cambios significativos a partir tanto de circunstancias vitales inesperadas como de intervenciones o actividades fuera del campo analítico (grupos, cursos, lecturas, vínculos). Sin embargo, muchas veces la valoración del analista de estas circunstancias o de los recursos fuera de su dominio, es escasa y muchas veces rechazada. Daría la impresión que no está suficientemente valorada la posibilidad de desarrollos resilientes

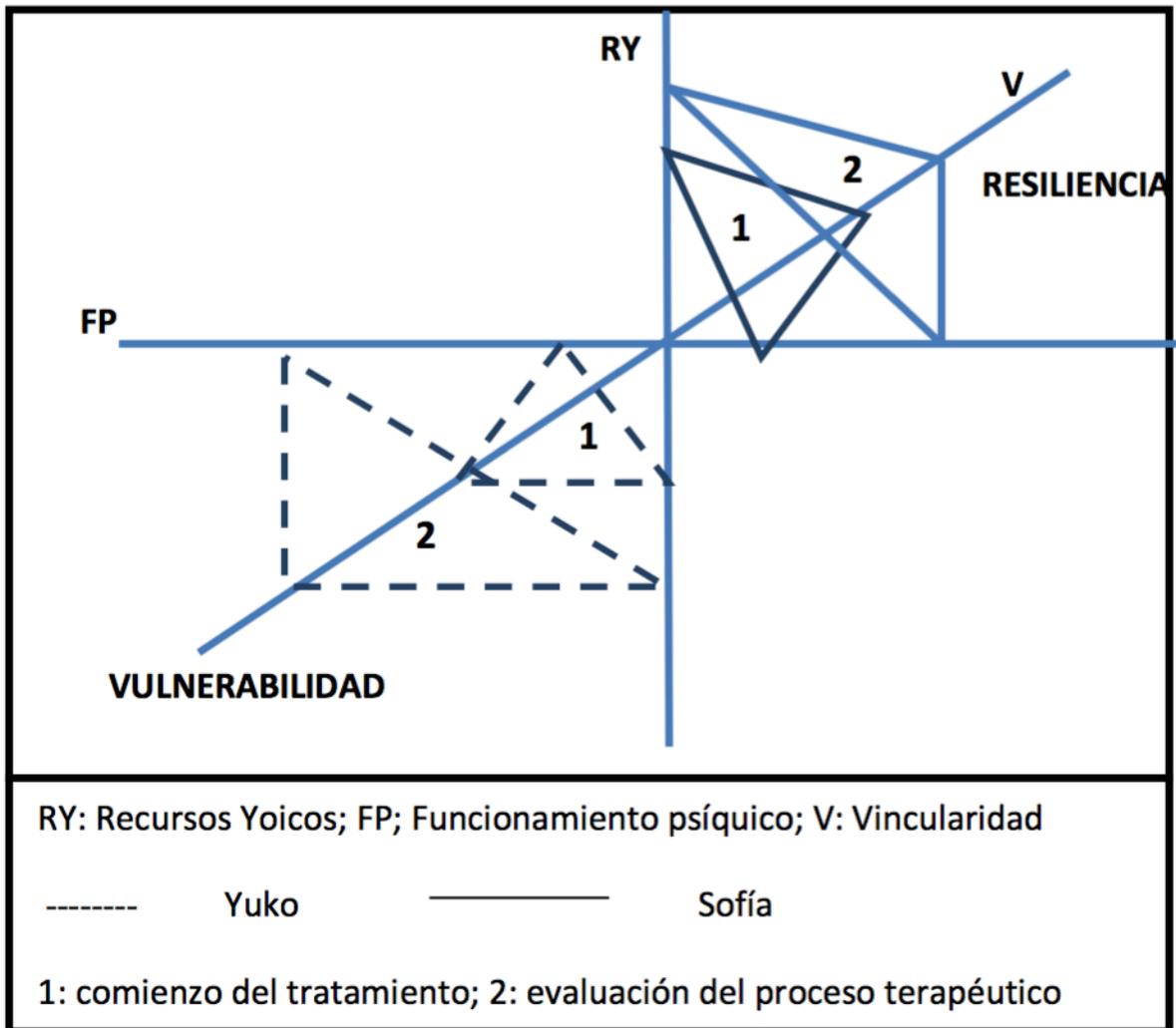


cuando la condición traumática es persistente.

En estos ejemplos clínicos pudimos observar que la presencia de una enfermedad grave puede desencadenar diferentes vicisitudes y que éstas dependerán del funciona-

miento psíquico del paciente, de los recursos con los que cuenta y de la red de sostén que actuará como modulador del impacto traumático frente a la aparición de la enfermedad.

Figura 4 : INDICADORES DE CAMBIO EN DOS PROCESOS TERAPÉUTICOS

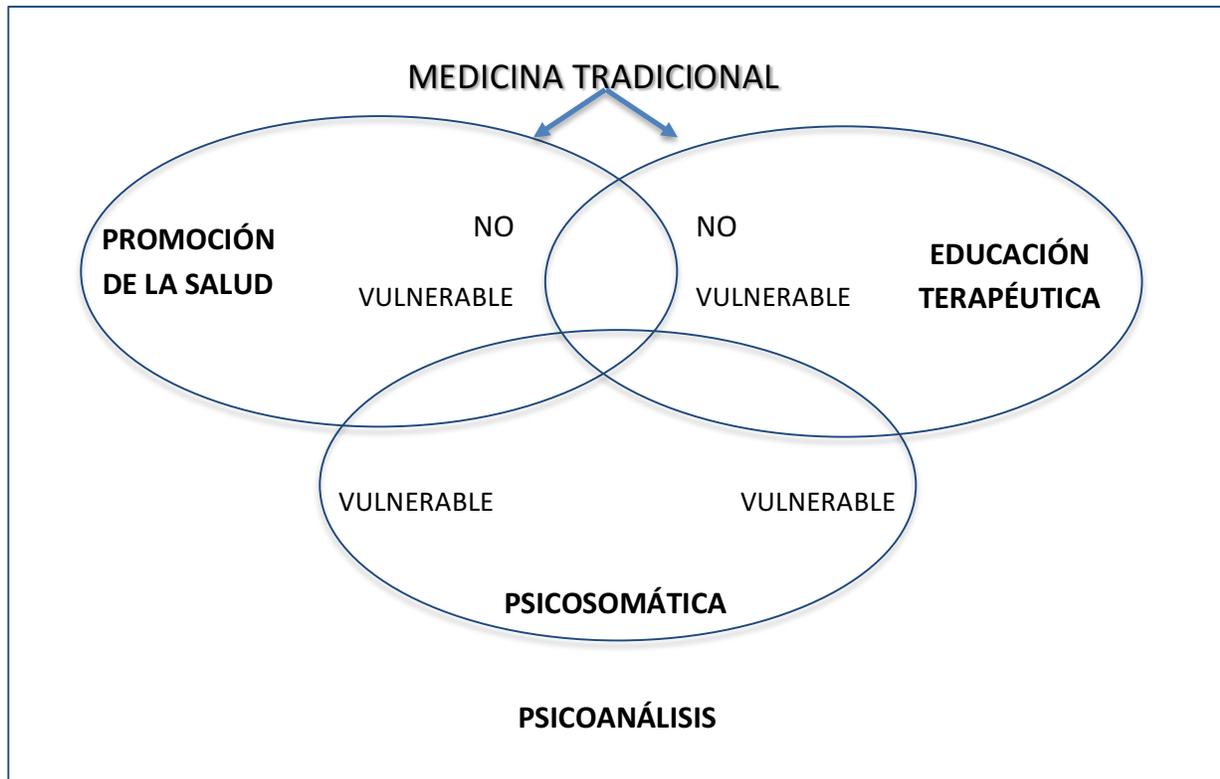


Conclusiones: La psicósomática en la actualidad. Dispositivos e intervenciones.

La psicósomática nos coloca de plano en la interface psicoanálisis y ciencias de la salud. Pero frente al paciente que padece una enfermedad orgánica es importante tener en cuenta las distintas posiciones que adoptan el médico y el psicoanalista, -como señala Bernardi (2002)- se trata de un único cuerpo, y además es necesario encontrar nociones teórico clínicas que permitan afinar procedimientos y comparar procedimientos y resultados. En la práctica clínica no es el mismo paciente el que concurre al consultorio de su médico que aquél que asiste a su sesión psicoanalítica, su relato varía, su posición subjetiva frente al profesional cambia, Nos encontramos con diferentes lenguajes y posiblemente diferentes traducciones. ¿Los criterios de salud y enfermedad son los mismos?, El problema se plantea especialmente porque el pensamiento del médico tiende a ser algorítmico, es decir a construir árboles de decisión binarios para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas. Así es

que en última instancia el médico afirmará que un sujeto tiene una enfermedad o está sano (ver Figura 5) y tradicionalmente el analista intervendrá independientemente de la definición médica de salud o enfermedad. Pero de acuerdo a lo enunciado a lo largo de este trabajo la especificidad de la intervención del psicoanalista se realizará sobre los sujetos -sanos o enfermos- que definimos como vulnerables, es decir a los que les atribuimos un predominio o cristalización de un modo de funcionamiento psíquico. El campo que constituyen los sujetos no vulnerables suele hoy en día estar abarcado por la promoción de la salud y por la educación terapéutica en sus múltiples formas que incluyen médicos, psicoterapeutas y otros agentes de la salud. Los programas comunitarios que intentan promover los factores resilientes de distintos grupos sociales pueden también incluirse en esta amplia franja. Por otra parte como se puede apreciar en la figura 5 la psicósomática actual posee zonas de articulación con la prevención y promoción de la salud y con la educación terapéutica.





De todas maneras se mantiene permanentemente la importancia de tener en cuenta las características particulares de cada sujeto que consulta, esta perspectiva ideográfica –cercana a la noción del “caso por caso” nos impulsa a tratar de conocer en un sujeto determinado que tipo de manifestaciones y respuestas predominan y de allí inferir que tipo de funcionamiento psíquico es predominante y así considerar sus condiciones de vulnerabilidad y/o resiliencia mas allá de cualquier consideración nosológica , de manifestación psicopatológica o somática. La forma de hacerlo va desde las tradicionales entrevistas “en transferencia” hasta las entrevistas estructuradas o protocolizadas y el uso de recursos psicodiagnósticos y de escalas que evalúan distintas dimensiones. En definitiva creemos que la articula-

ción entre ciencias de la salud y psicoanálisis se puede enriquecer en función de desarrollar sistemáticamente investigaciones sobre vulnerabilidad y la resiliencia que reubican al psicoanalista y amplían sus posibilidades de abordaje clínico e intercambio con otros profesionales de la salud. La interdisciplina entonces se impone como necesaria Nos encontramos con la unidad psiquesoma, una unidad que alberga múltiples lenguajes, entrecruzamientos y creación de nuevas lenguas. Pensamos que reducir esta unidad y sus complejos mecanismos a una sola lengua es imposible. Sin embargo, para poder realizar nuestra tarea se hace necesaria la traducción, pero traducir no es reducir, “traducir es comprender”. Ricoeur, dice (2009) - parafraseando a George Steiner , (1980.) - “[...] Hay, por cierto, una imposición: si se quiere



viajar, negociar, espiar incluso, es necesario disponer de mensajeros que hablen la lengua de los otros.” (p. 46, la cursiva es nuestra). Y más adelante sostiene que ninguna lengua universal puede lograr la reconstrucción de la diversidad indefinida.

Por otra parte, pensamos que el psicoanálisis desde su propia revisión teórica puede hacer importantes aportes para el desarrollo de intervenciones interdisciplinarias en el contexto social actual, que impidan que el cuerpo devenga en aquel “monstruo solapado que acabará por devorar a su amo” de Yourcenar.



Referencias

- Assal J.P Educating the diabetic patient, en *Concepts for the ideal Diabetes Clinic*, Berlín- Nueva York. Walter de Gruyter, 1992
- Bartholomew y Horowitz,. Attachment styles among young adults: a test of a four- category model. J. Pers. Soc. Psychology, 61: 226- 244, 1991
- Benyakar, M., Lezica, A., *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires, Biblos, 2005
- Bernardi R. Un único cuerpo, pero suficientemente complejo El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina, XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, 2002
- Bowlby, J. *Una base segura*. Buenos Aires, Paidós, 1988 Calatroni, M. T, de, comp. *Pierre Marty y la psicósomática*, Buenos Aires Amorrortu, 1998
- Ciechanovsky , PS., Katon,WJ., Russo,J,E y Walker,EA. The patient –provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. Am. J. Psychiatry,158:29-35, 2001
- Ciechanovsky , PS., Katon,WJ., Russo,J,E y Dwight-Johnson, M.M. Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in paciente with Hepatitis C, Psychosomatics, 43:206-212, 2002
- Etchegoyen, H. Prólogo, En Psicósomática. Aportes teórico –clínicos en el siglo XXI, En Maladesky, A., López, M.B., Ozores, Z L, (comp.) Lugar , Buenos Aires, 2005
- Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, &Target,M. The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35, 231-257,1994
- Freud, S.[1915], Los instintos y sus destinos. OC Biblioteca Nueva, T II, España, 1973
- [1926] *Inhibición, síntoma y angustia*. T. III, Op. Cit.
- Green, A. (1979) El psicoanálisis y los modos de pensar ordinario En *De locuras privadas*. Buenos Aires, Amorrortu.1990
- Grotberg, E. H.(1995) Nuevas tendencias en resiliencia. En *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Melillo, A.& Suarez Ojeda, E.(comp.) Buenos Aires, Paidós, 2001
- Lazarus & Folkman N,S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martinez Roca, 1986
- Liberman, D.; Aisemberg, E.; D´Alvia, R.; Dunayevich, J.; Fernández Mouján, O.; Galli, V.; Maladesky, A.; Picollo, A.: “Sobreadaptación , trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo”. Rev. de Psicoanálisis , APA, N°5, 1982.
- Marty ,P. *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires, Amorrortu, 1980
- Marrone, M. *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Psimática, Madrid, 2001
- McDougall, J *Teatros del Cuerpo*. Madrid , Julián Yébenes , 1991
- McEwen, B. Protective and damaging effects of stress mediators .Seminars in medicine of the Beth Israel Diaconess Medical Center. Vol 338, N°3, 171-179, 1998
- Melillo,A; Suarez Ojeda, E. N. (comp.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires, Paidós, 2001
- Ricoeur, P. *Sobre la traducción*. Paidós, Buenos aires, 2009
- Riera, R. Transformaciones en mi práctica psicoanalítica (2ºparte). El énfasis en la conexión intersubjetiva. www.aperturas.org , N| 037, 2011
- Rutter, ,M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316-331.
- Schaefer, C; Coyne, J. C.; Lazarus, R. S. The health-related functions of social support en Lazarus & Folkman. *Estres y procesos cognitivos* Martinez Roca, Barcelona, 1982
- Stein, H.,Fonagy,P., Ferguson K. S.y Wisman, M. (2000) Lives through time: an ideographic approach to the study of resilience. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Spring 2000, Vol. 64, 2



Steiner, G. *Después de Babel*, México, FCE, 1980.

Varela ,B, Grulken,N. Y Bernardi,,R (2001)
Mecanismos de defensa y afrontamiento: su rol en
los procesos de salud- enfermedad. 4o Congreso
AUDEPP “Desafíos a la Psicoterapia”,
Montevideo, Mayo de 2001

Winnicott, D. W., La enfermedad psicósomática en
sus aspectos positivos y negativos, Revista
Uruguaya de Psicoanálisis, N°61, 1982

Yourcenar, M. *Memorias de Adriano*, Ed.
Sudamericana, Buenos Aires, 1987

Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, *Psicoanálisis,
Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos
Aires, Lugar, 1999

Zukerfeld, R, Zonis Zukerfeld, R. Procesos Terciarios.
De la vulnerabilidad a la resiliencia. Lugar
Editorial, Buenos Aires, 2005

Zukerfeld, R. Z, *Mente corporizada y cuerpo
mentalizado. Reflexiones sobre la integración
psíquica en la psicósomática psicoanalítica*,
Revista IPBA, N°10, 2012

