

## **Apuntes sobre Psicopatología e Histeria del Dr. Jorge Ulnik**

### *Notes on Psychosomatic and Hysteria from Dr. Jorge Ulnik*

**Contreras Sánchez, Rocío Elizabeth & Hernández Flores, Edna Alejandra\***

**Resumen.** Existe una amplia gama de enfermedades somáticas y a su vez una extensa variedad de personas que son susceptibles a enfermarse. Ulnik (2004) pone en evidencia como no se puede hablar del paciente psicopatológico "per se" para referirnos a un tipo particular de personalidad o de estructura, ya que cada enfermedad tiene su trasfondo psicológico. ¿Cómo explicar que algunas personas sin historial previo enfermen súbitamente ante un episodio traumático o algo que implique un cambio determinante en sus vidas? Lacan (1964) prefiere utilizar el término de "fenómeno" para referirse a lo psicopatológico y con éste destacar que el carácter de estas "enfermedades" se da a modo transestructural, y puede presentarse tanto en la neurosis, la psicosis o la perversión. Además de exhibirse sintomáticamente en maneras distintas en cada paciente. Pero si se habla de que el fenómeno psicopatológico puede presentarse en cualquier estructura y viene a mostrarse como una enfermedad sin aparente origen orgánico, habría que hacerse una aclaración para distinguirlo claramente ajeno a los fenómenos de la histeria. El presente trabajo desarrolla el recorrido que hace el enfoque psicopatológico sobre las enfermedades de sus pacientes y la distinción específica con la histeria. Todo esto desde una perspectiva psicoanalítica; donde el analista a su vez se permite una lectura sistemática de los fenómenos ocurridos en la vida del paciente, sin encerrarse en un método.

**Palabras claves.** Estructura, Fenómeno, Histeria, Psicoanálisis, Psicopatología.

**Abstract.** There is a wide range of physical illnesses and also an extensive variety of people who are susceptible to getting sick. Ulnik (2004) highlights how we cannot speak of a psychosomatic patient "per se" to refer to a particular personality type or structure because each disease has its psychological background. How come some people with no prior history suddenly ill before a traumatic event or something that changes their lives in a significant way? Lacan (1964) prefers the term "phenomenon" to refer to the psychosomatic and he highlighted that the character of these "diseases" are given in a transestructural way, and can occur either in neurosis, psychosis or perversion. Apart from being symptomatically displayed in different ways in each patient. Talking about the appearance of a psychosomatic phenomenon in any structure that presumes a disease with no apparent organic origin, may demand an exhaustive explanation that should be made to distinguish between the psychosomatic field and the phenomena of hysteria. This work develops the path followed by the psychosomatic approach on the diseases of their patients and the specific distinction from hysteria. All this made from a psychoanalytic perspective, where the analyst in turn allows a systematic examination of the phenomena occurring in the patient's life, without getting trapped in a single method.

**Key words.** Hysteria, Phenomenon, Psychoanalysis, Psychosomatic Structure.

### **Introducción a la histeria**

En su recorrido a través del estudio de la psique, Freud (1985) comienza por reconocer que las enfermedades tienen origen en el alma. Menciona que una

alteración interna, creada por el movimiento de los afectos, se presenta originalmente como una forma de comunicación y posteriormente, con la alienación al lenguaje, se abandona éste modo de expresión afectiva. La psicoterapia que nos ofrece trabaja con el lenguaje simbólico que nació a partir de tratar de entender las manifestaciones corporales, es decir, los síntomas.

Freud comenzó su trabajo con las pacientes histéricas, quienes manifestaban conversiones o síntomas que aparecían en el cuerpo pero parecían no tener un origen orgánico. Definió entonces la conversión como un mecanismo de defensa, llamado así porque se convertía la energía psíquica en somática. Con esto relaciona que tales quejas corporales eran representaciones de conflictos que no se podían poner en palabras; los síntomas eran recuerdos de sucesos acontecidos y que debían ser retirados de la conciencia, ya que por lo general estos sucesos contenían referencias sexuales inconcebibles para la moral. El ataque histérico aparece entonces como un modo de recordar, como muestra de que el suceso no fue olvidado, por lo que la terapia propuesta consistía en tratar de recordar, de hacer consciente lo inconsciente.

Pensando que en toda conversión histérica existe una base de “complacencia somática”, Freud sugiere que el límite entre lo psíquico y lo somático no se encuentra definido, ya que ambos campos se encuentran entre sí y se articulan. Ulnik (2002) por su parte, piensa tal *complacencia* como un encuentro directo entre lo psíquico y lo somático. Freud halló que el síntoma podía tener una relación con las *representaciones intolerables*, lo que lleva a sugerir que la enfermedad somática puede aparecer en el lugar de la angustia. Esto, pensando que un evento traumático genera una carga afectiva, pero al presentarse una lesión el afecto quedaría ligado a la misma.

Siguiendo una línea entre este encuentro psíquico-somático, Freud (1893) propone que todo suceso o impresión psíquica, mantiene un cierto valor afectivo de la cual se liberó el yo, ya sea por medio de una reacción motriz, o bien, por una labor psíquica asociativa. Es entonces que define que para que una impresión psíquica (o bien, el síntoma) sea resuelta, el afecto debe ser descargado. Es decir, que no solo basta con hacer consciente lo inconsciente, si no que el recuerdo debe venir junto con su respectiva carga afectiva para ser liberado.

### **Introducción a la psicopatología**

Ulnik (2002) habla acerca de la psicopatología propiamente dicha, refiriéndose a la articulación de lo inconsciente con el funcionamiento tanto normal como patológico del cuerpo, sus enfermedades y su respuesta a los estímulos terapéuticos. Con ello,

define a lo psicosomático como el modo de funcionamiento que se activa en cualquier paciente cuando, frente a una situación que no puede elaborar, reacciona con una enfermedad física, ya sea funcional u orgánica; cualquiera que sea su etiología. Esto no hace referencia a una enfermedad o un grupo de enfermedades en específico, sino que se refiere a las enfermedades somáticas de cualquier índole.

El fenómeno psicosomático aparece luego de un acontecimiento traumático actual o un evento que haga referencia a un trauma del pasado, y ante este evento, el sujeto no tiene capacidad de tramitar o reaccionar adecuadamente. Ulnik (2002) afirma que los psicosomáticos presentan una serie de déficits para simbolizar y una incapacidad para sentir los afectos o ponerlos en palabras. Esto es lo que por consecuencia les llevaría a enfermar.

Ulnik (2002) difiere a la psicosomática excluyéndola del campo de la psicopatología y negando que sea una estructura, una enfermedad o un síntoma; la define como un punto de vista y un modo de abordaje para la enfermedad somática. Sostiene que hay varias modalidades del enfermar psicosomático, donde se ubican a los pacientes que son propensos a enfermar como modo de reacción ante los problemas de la vida, los hechos vitales o una situación de conflicto.

Como plantea J. McDougall (1991), este tipo de pacientes han sido objeto de un desborde afectivo sin posibilidad de acceso a la representación psíquica. Pone de manifiesto que la escisión entre la representación de palabra y la representación del hecho, es la única manera de proteger la psique contra a descarga emocional.

Lieberman (1982) consideraba la existencia de una “personalidad psicosomática” a la cual le adjudicaba la característica de una personalidad infantil, para referirse a las personas que utilizan el cuerpo como medio de manifestación de los conflictos expresando las emociones a través de “códigos somáticos”. En estas reacciones las marcas del cuerpo tienen un estatuto de inscripción, tienen que ver con un conflicto (como en la histeria) pero esta transformado en una materialidad directa en el cuerpo.

### **Freud y Lacan en la psicosomática**

Si bien Freud habla sobre la enfermedad, no trabajó el fenómeno psicosomático directamente. Lacan por su parte, trató de definirlo, y con esto formular un método de abordaje. Pero a partir de las dificultades teórico-clínicas que se presentan en la práctica, se dificulta el definir una teoría exacta, como siempre sucede en el psicoanálisis. En ninguna de las dos obras existe un historial psicosomático, donde se explante de una manera concreta descripciones y hechos que ayuden a

comprender el abordaje de este fenómeno. Posteriormente y con el paso de los años, se empieza a profundizar en la manera como se ha planteado la cuestión psicosomática y en la evolución de estos síntomas conforme progresa el tratamiento, lo que lleva a la formulación de diferentes teorías.

Si bien Freud no habla directamente de la psicosomática, lo que si hace es brindar herramientas claves que formarían las bases para elaborar las primeras especulaciones. A lo largo de su obra coloca a la piel como la zona erógena por excelencia, pero ésta implica también tocar distintos aspectos relevantes que van más allá del órgano y su erotismo; involucra funciones y algunas enfermedades así como también las pulsiones que en ella se originan. El acto de tocar, sus consecuencias y la relación que posee con el contagio; el vínculo de la piel con la identidad y el Yo y las funciones del límite, superficie, protección y percepción son también aspectos involucrados a este órgano. (Ulnik, 2004)

Ahora bien, quien si habla directamente del tema es Lacan. Postula que la cuestión psicosomática no presenta las características para formar por si sola una estructura debido a que no tiene lenguaje, es decir, carece de capacidad simbólica. Por este motivo la coloca en el lugar de fenómeno, ya que tiene por característica el ser *transestructural*; es decir, que puede aparecer en cualquiera de las estructuras como parte del síntoma (Peskin, 2003).

*“No se trata de una relación con el objeto. Se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo de lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden, está allí; les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también esta lo real. Las relaciones psicosomáticas se sitúan a nivel de lo real.”*  
(Lacan, 1954)

Careciendo de capacidad simbólica que transforme en palabra al afecto, es que Lacan sitúa las relaciones psicosomáticas a nivel de lo real; lo real del cuerpo, el cuerpo físico. Dentro de esta línea la somatización puede ser percibida como un protolenguaje, una modalidad de comunicación primitiva. Es esta la razón por la cual las reacciones psicosomáticas están fuera del registro de las construcciones neuróticas (Peskin, 2003).

Eso real del cuerpo repentinamente puede ser modificado por una escena o una palabra, que devenga en una enfermedad. La palabra del paciente aporta así una significación psicosomática de naturaleza eminentemente imaginaria. Como menciona Lacan, lo psicosomático es algo que está profundamente arraigado en lo

imaginario. Se encuentra en la dimensión del engaño, encubriendo el motivo real. Siendo una asociación imaginaria, no involucra el registro simbólico, ni los síntomas constituyen formaciones del inconsciente. Por vía del mimetismo se asumen situaciones que no están estrictamente ligadas al efecto del significante o de la significación de las cosas, si no a un efecto particular que las imágenes pueden llegar a hacer sobre el cuerpo. En estas reacciones las marcas del cuerpo tienen un estatuto de inscripción, algo que tiene que ver con un conflicto interno, como en el caso de la histeria, pero esta transformado en una materialidad directa en el cuerpo, que viene siendo la enfermedad. (Peskin, 2003)

### Delimitación del concepto

Ahora bien, pareciera que de algún modo se define a la psicósomática de un modo similar a lo que originalmente se presentaba como histeria. Ambos son modos de enfermar ante un recuerdo intolerable o imposible de tramitar, son como un lenguaje inconsciente. Pareciera que debido a las similitudes entre la histeria, y la psicósomática, es difícil hacer un diagnóstico acertado. Para ello es necesario tener bien delimitados los parámetros definitorios. Es por ello que Ulnik propone diferenciar cada una partiendo de las características que les definen en los ámbitos de descripción fenomenológica, relaciones objetales, simbolización y mecanismos de defensa.

Cuadro comparativo entre histeria y psicósomática:

	<b>Histeria</b>	<b>Psicósomática</b>
<b>Descripción fenomenológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización - impacto estético</li> <li>• Emociones exageradas</li> <li>• Sugestionables</li> <li>• Tendencia a buscar apoyo.</li> <li>• Temática amorosa o sexual, escena triangular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alexitimia</li> <li>• Sobreadaptación</li> <li>• Hiperexigencia</li> <li>• Disociación respecto de las necesidades corporales y emocionales</li> </ul>
<b>Medicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay lesión</li> <li>• Representación del órgano enfermo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay lesión</li> <li>• Órgano enfermo</li> </ul>
<b>Relaciones objetales – transferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adaptan a la situación transferencial</li> <li>• Acting out</li> <li>• Temática sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculos simbióticos.</li> <li>• Problemática no edípica, ni objetal.</li> <li>• No se adaptan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto edípico</li> <li>• Identificación histérica</li> </ul>	<p>fácilmente a la situación transferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud sobreadaptada</li> <li>• Identificaciones miméticas.</li> </ul>
<b>Simbolización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de abstracción y asociación</li> <li>• Capacidad simbólica</li> <li>• Uso de metáforas</li> <li>• El síntoma corporal remite a otra cosa que permanece oculta.</li> <li>• Simbolizado por el síntoma se puede inferir un deseo reprimido</li> <li>• Están en juego los significantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El síntoma somático también remite a otra cosa, que está fuera del sujeto o no la puede desplazar.</li> <li>• Liberman: hay una simbolización de otro orden. <i>Símbolos fachada</i></li> <li>• Chiozza: hay una simbolización inconsciente, relacionada con la teoría freudiana de los símbolos universales.</li> <li>• El cuerpo se toma en lugar del nombre propio del sujeto.</li> </ul>
<b>Metapsicología y mecanismos de defensa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversión</li> <li>• Represión</li> <li>• Descarga del afecto y desaparece de la conciencia.</li> <li>• Coincidencia entre formación sustitutiva y síntoma.</li> <li>• Coincidencia del destino del representante representativo y la descarga del montante de afecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forclusión parcial</li> <li>• Desmentida.</li> <li>• Mc Dougall afirma que hay una forclusión del afecto en vez de la representación.</li> <li>• Sami Ali propone una “represión de lo imaginario”.</li> </ul>

## Tratamiento y abordaje del paciente psicossomático

Habiendo hecho una distinción propia del fenómeno psicossomático es que puede abordarse adecuadamente y hacer más cercana la posibilidad de la cura. Sin embargo el definirlo no basta para poder trabajarlo. Habría que hacer un análisis de la información y postular entonces el abordaje más adecuado para estos casos. En cuestiones de abordaje y tratamiento a tales pacientes, el Dr. Ulnik expone una serie de casos trabajados exitosamente. Tomando como punto de partida uno de ellos, se podrán definir mejor las cuestiones de la técnica.

*“María, una paciente internada en un hospital general, padecía una úlcera crónica de uno de sus miembros inferiores. Fui llamado en interconsulta porque a los médicos les extrañaba su mala evolución. La paciente tenía 46 años, era virgen, obesa y de carácter infantil. Siempre quiso ser bailarina. El padre era un farmacéutico que se ocupaba de su salud, experimentado en ella los nuevos fármacos que salían al mercado. En una oportunidad, teniendo 13 años, se lastimó una pierna bailando y su padre le hacía las curaciones probando nuevos antisépticos y apósitos. En medio de la entrevista entró al cuarto la enfermera para hacerle una curación y decidí quedarme para presenciarla. En el momento en que le ponían un antiséptico que producía ardor, la paciente echo la cabeza hacia atrás y con evidente expresión de placer y dolor a la vez exclamaba: “¡¡Aaahhh!! ¡¡Que emoción!!”. Recordé entonces la definición de Freud sobre la histeria como una patología en la que predomina el trastorno del afecto: si bien él se refería a que donde debería haber excitación aparece asco, también podemos considerar como trastorno del afecto a la emoción que, bajo una apariencia orgásmica, aparece donde debería haber dolor. Por lo demás, era evidente que la úlcera era una parte lesionada de la piel que actuaba como un genital.” (Ulnik, 2004)*

Existen razones de peso por las cuales aplicar un tratamiento con un diagnóstico equivocado sería sumamente contraproducente para el paciente. En la cuestión psicossomática no está involucrado el significativo, no hay algo que se pueda interpretar o remitir a la historia de éste (Peskin, 2003); hay un hecho situado a nivel de lo inconsciente, pero el sujeto no tiene noción alguna de su existencia. Si se tratara de abordar erróneamente el caso, se estaría prolongando y quizá arriesgando el estado de salud física del sujeto. Si bien, el caso expuesto concuerda con las características que Freud utiliza para explicar la histeria, este no es un caso de este tipo. Aquí existe una lesión de índole orgánica. La paciente muestra una falta de

simbolización que no le permite expresar en palabras lo vivido, por lo que esto termina plasmándose de una manera directa en el cuerpo.

Lo psicossomático tiene un mayor beneficio primario, generalmente ganará mucho más y de una manera más fácil el destino posible de las cargas, que la *psicologización* del conflicto, razón por la cual se obstaculiza tanto modificarlo. Es más fácil para el sujeto en el sentido económico hacer un conflicto con el cuerpo que un conflicto de índole psíquica (Peskin, 2003).

Para Peskin (2003) es necesario que el sujeto se separe del objeto de la pulsión (objeto a) para dar paso a su construcción simbólica, esto significa que tendrá que alienarse en el significante que lo representará para aceptar la pérdida de su cuerpo de sujeto biológico y entonces humanizarse. Aunque el cuerpo no tiene posibilidad de dialogo o de intercambio con el inconsciente o con el significante, lo que sucede en el inconsciente repercute en definitiva al cuerpo. La inscripción en el cuerpo a su vez se ubica en el mismo lugar o del mismo modo que las inscripciones constitutivas de simbolismo para el sujeto, es una marca que lo identifica en la construcción de su propia subjetividad. El autor entonces advierte que lo que podría ser un obstáculo resistencial específico, podría llevar al analista a mantener una doble tarea: además de deshacer el beneficio primario, se debe desarmar el agregado de identificación al que un paciente psicossomático se sujeta. Es precisamente este elemento originado en la articulación fenómeno-estructura el que puede ser el camino de la cura.

Algo que se repite en la clínica, lo cual retoma Peskin (2003) en *Aportes de Lacan a la Psicossomática* es que después de enfermar, sobre todo cuando es una enfermedad trascendente, aparece una oportunidad de reconstitución global de la vida del sujeto a partir de estos hechos. La enfermedad actuaría como se describe en el acontecimiento, como novedad que permite una nueva posición subjetiva. Se debe anudar entonces este rasgo del que se habla anteriormente, no por la parte que no tiene solución, sino por la parte que hace borde con la estructura, una solución simbólica “nueva”. El análisis en muchos casos recobra los vestigios disponibles de simbolización que permiten sostener mínimamente una psicoterapia y algunas veces incluso emprender un análisis. El acceso por vía del síntoma ha sido una discusión, el síntoma es lo más importante como guía y es lo que debe disolverse en transferencia. No hay que abordar lo psicossomático, hay que dejarlo de lado y pasar a otra cosa. Se debe buscar al sujeto, procurar darle la oportunidad de que haga algo con *eso*. Dejarlo de lado no es no tenerlo en cuenta, si no respetarlo.

## Conclusiones

El trabajo del psicoanálisis, siendo siempre abarcado por el ámbito subjetivo, dificulta la realización de teorías exactas. No es posible delimitar reglas o patrones a seguir, que garanticen el éxito con cada paciente. En su lugar, podría decirse que el desligarse del intento por crear generalizaciones, es lo que lleva a un trabajo exitoso; el trabajar con la subjetividad e individualidad de cada paciente. Al hablar del hecho de enfermar por motivos anímicos, la tarea del analista es liberar los afectos que se encuentran aprisionados. El trabajo del terapeuta se ve en dificultades cuando el paciente que se tiene en frente, en calidad de psicósomático, carece de habilidades para identificar y expresar sus emociones. Es entonces que se deben hacer cambios en la técnica, y no esperar que el sujeto llegue o no a asociar sus emociones por sí solo.

Al tratar de dar una dirección a la cura, por lo menos en el campo del psicoanalista, no habría otra línea de trabajo a seguir más que la del mismo análisis. La posición del analista debe ser la misma, sea cual fuere el caso, a pesar de que los métodos de intervención varíen y se eviten las interpretaciones. Si existe la posibilidad de una demanda de análisis y acceso analítico se debe emprender el análisis y por supuesto no olvidar que existe un compromiso somático que además carga con el estatuto de algo que está obstaculizando y todavía no se puede resolver (Peskin, 2003). Mantener siempre a la vista el aspecto somático, sin dejar de lado el adecuado tratamiento médico, será el curso más positivo para el paciente.

Es importante durante el trabajo analítico no pasar por alto la experiencia de otros autores y colegas, ya que eso permite ampliar nuestra perspectiva de abordaje e indagar en ámbitos donde no siempre sirve un análisis ortodoxo. En cuestiones de la psicósomática, es necesario desligarse de las reglas y adoptar una postura más flexible; se deberá acompañar al paciente mientras este aprende a delimitar su cuerpo del resto. Parecerá que puede ser un trabajo semejante a un entrenamiento, sin embargo, lo valioso del mismo es no perder el trabajo analítico y realizar las intervenciones con base a eso. El paciente no habla cuando se halla inmerso en su dolor y cuando lo hace suele referirse solo al plano físico. Es por este motivo que el analista deberá llevarlo a articular el cuerpo con el lenguaje para darle un lugar a la palabra, que se halla transformada dentro del cuerpo que padece (Ulnik, 2002).

---

## Referencias.

- Castro, Liliana (s.f.). La teoría Psicósomática de Lieberman. Ficha de Cátedra. 2009.

- Freud, S. “Estudios sobre la Histeria” (1985). En O.C. Tomo II. Amorroutu. Ed. México.
- Lacan, Jaques (1964). Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1954/5). Seminario II: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Ed. Paidós Iberica SA. Barcelona.
- Liberman, David y Col.(1982): Del cuerpo al símbolo, Cap I. Editorial Trieb, Buenos Aires.
- Peskin, Leonardo (2003): Capítulo 11 Aportes de Lacan a la psicósomática”. En los orígenes del sujeto y su lugar en la clínica psicoanalítica. Editorial Paidós, pp. 341-371. Buenos Aires
- Ulnik, Jorge C. (2004). El psicoanálisis y la Piel. Ed. Síntesis, Madrid.
- Ulnik, Jorge C. (2002). “Psicósomática: Definiciones, la formación del médico y el lugar del Psicoanalista”. En Monográfico de Medicina Psicósomática, pp. 123-151, vol. 8. Ed. Fundación \Virgen de las nieves. Unidad de Docencia y Psicoterapia del hospital universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.
- Ulnik, Jorge C. (2002). “El encuentro entre lo psíquico y lo somático. Afectos y psicósomática en el campo psicoanalítico. En Monográfico de Medicina Psicósomática, pp. 142-171, vol. 8. Ed. Fundación Virgen de las nieves. Unidad de Docencia y Psicoterapia del hospital universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

---

**\*Acerca de los autores**

Rocío E. Contreras Sánchez y Edna A. Hernández Flores son Licenciadas en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología. Consultorio privado en Moisés Sáenz 717-D, Nuevo León, México. C.P. 64460. Correspondencia en referencia al presente artículo puede ser enviada a los correos: [rocioe.23@gmail.com](mailto:rocioe.23@gmail.com) y [ednahrz@hotmail.com](mailto:ednahrz@hotmail.com).